



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus

Hakkarainen Petra

Hannuksela Riitta

Öhman Ann-Mari

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus

Petra Hakkarainen
Riitta Hannuksela
Ann-Mari Öhman
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Petra Hakkarainen, Riitta Hannuksela, Ann-Mari Öhman

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus

Vuosi

2011

Sivumäärä

44

Sydämen vajaatoiminta on parantumaton sairaus, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti sairastuneen elämään, sitä rajoittavasti. Se aiheuttaa myös suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Potilaat kokevat usein masennusta, pelkoa ja fyysisen toimintakyvyn rajoittumista sekä sosiaalista eristyneisyyttä, joilla on vaikutusta myös elämänlaatuun. Lääkehoidon sekä invasiivisten hoitomuotojen lisäksi potilaan omahoidolla on tärkeä asema hyvinvoinnin kannalta. Ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan valmiuksia hoitaa itseään, vähentää ahdistusta ja pelkoa ja näin parantaa myös potilaan elämänlaatua sekä vähentää hoitojaksoista johtuvia kustannuksia. Sairaanhoitajat ovat avainasemassa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen toteuttajina. On kuitenkin ilmennyt, että sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauksesta ovat melko vähäiset.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Tutkimuskysymyksinä ovat: mitkä ovat sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt ja millaisia ohjausmenetelmiä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa käytetään. Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Aineistoon valittiin kuusitoista tieteellistä artikkelia ja kaksi pro gradu -tutkielmaa, jotka löytyivät systemaattisella hakumenetelmällä eri tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sekä induktiivista että deduktiivista sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt koskivat omahoidon tukemista. Omahoidon tukeminen muodostui seuraavista tekijöistä: yhteistyö ohjaussuhteessa, tietoa sairaudesta, tietoa omahoitotehtävästä, tietoa elämäntavoista ja hoidon jatkuvuuden turvaamisesta. Opinnäytetyön tulosten mukaan sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle annetaan ohjausta yleisimmin suullisesti yksilöohjauksessa ja ohjauksen tukena käytetään kirjallista ohjausmateriaalia. Ryhmäohjausta ohjausmenetelmänä käytettiin suhteessa vähän. Videoita tai tietokoneohjelmia ei käytetä juuri ollenkaan ohjauksessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että työn tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittämisessä yksilöllisemmäksi niin ohjauksen sisällön kuin ohjausmenetelmien suhteen.

Avainsanat: potilaan ohjaus, sydämen vajaatoiminta

Petra Hakkarainen, Riitta Hannuksela, Ann-Mari Öhman

Counseling heart failure patients

Year	2011	Pages	44
------	------	-------	----

Heart failure is an incurable disease which has a comprehensive limiting effect on the life of the affected person. This disease also causes remarkable expenses for society. Patients with heart failure often experience depression, fear, physical capacity limitations and social isolation, which all influence the quality of life. In addition to medication and invasive procedures, patient's self-care has a great impact on the well-being. Patient's ability to care for oneself can be promoted through patient education. Patient education also helps to reduce patient's anxiety and fear. Thus patient education can improve the patient's quality of life and reduce the expenses caused by periods of care. Nurses have a key-role in the implementation of patient education for heart failure patients. However, it has been shown that the knowledge-level needed to provide patient education for heart failure patients is rather low among nurses.

The purpose of this Bachelor's thesis is to describe education for patients with heart failure. The research questions are: what is the content of patient education for the heart failure patients and what kind of counseling methods are used in patient education for heart failure patients. This project has been conducted as a systematic literature review. The data was collected by choosing 16 scientific articles and two Master's thesis, which were found by systematic search through different databases and through manual search. The data was analyzed by using both inductive and deductive content analysis.

According to the findings the content of the education for patients with heart failure is related to supporting self-care. The support of self-care consists of these factors: cooperation in a counseling relationship, information on illness, information on the self-care tasks, information on life style and securing the continuity of care. The findings reveal that the patient education is most often provided verbally through individual counseling, and written material is used for supporting the education. Counseling for groups is implemented relatively rarely. Videos and computer programs are very seldom used in the implementation of patient education.

The aim of this final project is that the findings of this literature review can be applied to developing the education of heart failure patients. Not only can the results be used for developing the content of the education but also for improving methods for counseling patients with heart failure.

Key words: heart failure, patient education

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Sydämen vajaatoiminta	6
3	Potilaan ohjaus	8
3.1	Potilaan ohjauksen ulottuvuudet	8
3.2	Sairaanhoitajan asiantuntijuus ja rooli potilaan ohjauksessa.....	12
3.3	Potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia ohjauksesta.....	13
3.4	Ohjausmenetelmät	13
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	16
5	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	16
5.1	Alkuperäistutkimusten haku	18
5.2	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	18
6	Aineiston analyysi	20
7	Tulokset	22
7.1	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt	22
7.2	Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa käytetyt ohjausmenetelmät	25
8	Pohdinta	26
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus	27
8.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	29
8.3	Tulosten tarkastelu.....	30
8.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	31
	Lähteet	32
	Analysoidut tutkimukset	35
	Liitteet.....	37
	Liite 1. Alkuperäistutkimusten hakustrategia ja valintaprosessi	37
	Liite 2. Valittu tutkimusaineisto.....	38
	Liite 3. Käsitekartta induktiivisenanalyysin vaiheista	42
	Liite 4. Deduktiivisen analyysin eteneminen.....	43

1 Johdanto

Sydämen vajaatoimintaa sairastavien henkilöiden määrä lisääntyy väestön ikääntymisen ja ikärakenteen muuttumisen myötä (Heliö & Kaartinen 2005; Kupari & Lommi 2004, 715), sekä johtuen nykyajan tehokkaista hoitomuodoista (Heliö ym. 2009). Sydämen vajaatoiminta on parantumaton sairaus, joka heikentää sairastuneen sekä läheisten elämänlaatua (Hujanen 2010, 60). Hoito painottuu oireita sekä sairauden ennustetta parantavalle lääkehoidolle ja potilaan elämäntapamuutoksille (ESC clinical practice guidelines 2008, 946 - 949). Sydämen vajaatoimintaa sairastavien toistuvat sairaalahoidot aiheuttavat yhteiskunnalle nykyään yksittäisistä taudeista suurimmat kustannukset (Partanen & Lommi 2006).

Hoitotyön keskeinen osa-alue on potilaan ohjaus. Ohjauksen tarkoituksena on tukea sydämen vajaatoimintaa sairastavaa potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5 - 6). Ohjauksen merkitys potilaan hoidossa on kasvanut, sillä hoitoajat ovat terveydenhuollossa lyhentyneet ja potilaan ohjaukselle on käytettävissä entistä vähemmän aikaa (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007). Potilaat omaksuvat asioita eritavoin, joten on tärkeää tietää heidän oppimistyyliinsä ohjausmenetelmiä valittaessa (Eloranta & Virkki 2011, 50 - 53). Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauksesta ja sen sisällöstä ovat melko vähäiset (Eriksson & Partanen 2005). Potilaan ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti sairastuneen elämälähtöön (Lommi & Partanen 2008) sekä säästää sairaalakustannuksia (Partanen & Lommi 2006).

Potilaan ohjauksen perustana ovat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, joista merkittävimpänä potilaan ohjausta säätelevänä lakina on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Virtanen, Leino - Kilpi & Salanterä 2009). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/ 1992) säättää terveydenhuollon henkilöstöä antamaan potilaille tietoa sairaudesta ja hoidosta ymmärrettävällä tavalla ja hoitamaan potilasta tämän suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitajaa ohjaa tämä kansallinen laki, joka luo pohjan ja velvoitteen ohjaustilanteessa toimimiselle (Lahtinen 2006).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että työn tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa. Opinnäytetyö tehtiin osana HUS Kolmiosairaala hanketta, jonka tavoitteena on edistää asiakasvetoista terveyttä ja hyvinvointia kehittämällä asiakasta voimaannuttavia, laadukkaita ja kustannustehokkaita ohjaus- ja neuvontapalveluja ja niiden menetelmiä edistämään potilaan omaa aktiivisuutta hoitoon osallistumisessa sekä tiedon haussa ja tuottamisessa. (HUS/HYKS Sisätautien toimiala 2010.)

2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta sairautena yleistyy jyrkästi väestön ikääntymisen myötä sukupuolesta riippumatta. Oireyhtymä esiintyy harvoin alle 50-vuotiailla, mutta yli 65- vuotiaista yksi prosentti ja yli 80- vuotiaista viisi – yhdeksän prosenttia sairastuu siihen vuosittain. Keski-ikä sairastuvilla on 76 vuotta. Kaikkiaan sydämen vajaatoimintaa sairastaa yksi – kaksi prosenttia väestöstä, viisi prosenttia yli 65- vuotiaista ja kahdeksan – kymmenen prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. (Heliö & Kaartinen 2005; Kupari & Lommi 2004, 715.) Suomessa Kelan rekisterissä oli vuoden 2010 lopussa 43 024 henkilöä, jotka olivat oikeutettuja sydämen vajaatoimintalääkityksen erityiskorvattavuuteen. (Kela 2010.)

Tehokkaan nykyhoidon ansiosta yhä harvempi kuolee sydäninfarktiin ja sepelvaltimotautiin, joten näille potilaille kehittyy usein sydämen vajaatoiminta (Heliö ym. 2009). Vajaatoiminnasta aiheutuvien hoitojaksojen määrät ovat myös lisääntyneet teollistuneissa maissa noin 30 prosenttia viimeisen kymmenen vuoden aikana. Sydämen krooninen vajaatoiminta on merkittävä sairaalahoidon ja kuolleisuuden aiheuttaja. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien toistuvat sairaalahoidot aiheuttavat yhteiskunnalle nykyään yksittäisistä taudeista suurimmat kustannukset. (Partanen & Lommi 2006.)

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus, vaan oireyhtymä, joka syntyy kun sydän ei pysty pumppaamaan riittävästi verta elimistön käytettäväksi. Vajaatoiminta on joko diastolista tai systolista. Systolinen vajaatoiminta on sydämen supistusvoiman heikkenemistä ja diastolinen vajaatoiminta tarkoittaa sydämen seinämien jäykistymistä. (Lommi 2009, 295.) Sydämen vajaatoiminnan tavallisimmat syyt ovat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja kohonnut verenpaine. Sydäninfarktissa osa sydänlihaksesta menee kuolioon ja korvautuu sidekudoksella, jolloin tämä alue ei pysty supistumaan ja osallistumaan pumppaukseen. Kohonneessa verenpaineessa vuosien kuluessa sydänlihas ensin paksunee ja myöhemmin laajenee, jolloin pumppauskyky pienenee. Oireet ovat sydämen vajaatoiminnassa moninaisia. Muita sydämen vajaatoiminnan syitä ovat sydämen läppäviat ja sydämen vaurioituminen esimerkiksi tulehduksen, sydänsairauden tai runsaan alkoholinkäytön seurauksena. Sydämen vajaatoiminta voi syntyä myös pitkäaikaisen keuhkosairauden, esimerkiksi keuhkohtaumataudin vuoksi. (Mustajoki 2010.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan yleisempiä oireita ovat hengenahdistus rasituksessa ja makuulla, uupuminen, nopeutunut syke sekä turvotukset. Vanhuksilla sydämen vajaatoiminnan varhaisia oireita voivat olla muistin huononeminen, sekavuus ja levottomuus. (Kupari & Lommi 2004.) Potilaat kärsivät myös unihäiriöistä ja väsymyksestä johtuen yöllisestä hengenahdistuksesta ja yskästä (Lainscak & Keber 2003). Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat

oireiden rajoittavan heidän toimintakykyään, mikä aiheuttaa muutoksia potilaiden aiempaan elämäntapaan, harrastamiseen, sosiaaliseen elämään sekä kykyyn tehdä töitä. Elämäntapamuutokset, lääkehoidon vaatimukset, pelko sekä fyysiset rajoitukset johtuen hengenahdistuksesta ja uupumuksesta myötävaikuttavat potilaiden sosiaaliseen eristäytymiseen. (Thornhill, Lyons, Nouwen & Lip 2008.) Hengenahdistus ja nesteiden kertyminen ovat keskeiset sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden sairaalaan hakeutumisen syyt (Hartikainen & Visamo 2000).

Hoidon tavoitteena on lievittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan henkilön oireita, parantaa elämänlaatua, ehkäistä tilan paheneminen ja parantaa sairauden ennustetta. Sydämen vajaatoiminnan hoito muodostuu syysairauden hoidosta, sydämen pumppausvajavuuden mekanismin mukaan suunnitellusta lääkehoidosta, elintapaohjauksesta, vajaatoimintaa pahentavien ja laukaisevien tekijöiden hoidosta ja säännöllisestä seurannasta. (Kupari & Lommi 2004.)

Sydämen vajaatoiminnan hoidon kulmakivi on lääkehoito. Lääkehoitoa käytetään sydämen vajaatoiminnan hoidossa ja sillä voidaan vaikuttaa sairauden ennusteeseen tai oireisiin. Lääkehoito räätälöidään potilaan vajaatoimintaa aiheuttavien sairauksien ja oireiden perusteella. Tarvittaessa sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytetään myös mekaanisia hoitomenetelmiä kuten tahdistinta, apupumppua, keinoläppää, tai sydämen siirtoa kirurgisena toimenpiteenä. (Mustajoki 2010) Hoitoon liitetään mukaan elämäntapoja koskeva ohjaus ja neuvonta. Sydämen vajaatoiminnan itsehoito perustuu terveellisille elämäntavoille, joihin kuuluu säännöllinen liikunta suhteessa lepoon, sydänystävällinen ruokavalio, suolan käytön välttäminen ja nesteiden saannin rajoittaminen, tupakoimattomuus, alkoholin välttäminen, lääkehoidon toteuttaminen suunnitellusti sekä omaseuranta. (ESC clinical practice guidelines 2008, 946 - 949.)

Huomattava osa potilaista ei kuitenkaan noudata lääkehoitoa toivotulla tavalla tai sitoudu elämäntapa muutoksiin, kuten vähäsuolaiseen ruokavalioon, nesteiden saannin rajoittamiseen tai painon tarkkailuun. Tämä voi johtaa sydämen vajaatoiminta oireiden lisääntymiseen ja tilan huonontumiseen, minkä kautta sairaalaan joutumiseen. Potilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. sosiaalisen tuen puute, masennus, hoidon monimutkaisuus, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä potilaiden tietämys sairaudesta, sen hoidosta, henkilökohtaiset asenteet, motivaatio, uskomukset ja odotukset. (Van der Wall & Jaarsma 2008). Jotta potilas kykenee itsehoitoon, on hänen tärkeää tuntea sairautensa, sen hoito ja siitä aiheutuvat muutokset elämässään (Grady ym. 2000).

Tutkimuksen (Hartikainen & Visamo 2000) mukaan sydämen vajaatoiminta ja sen hoito aiheuttaa sairastuneelle kohtalaisesti mielialan muutoksia. Potilaat kokevat eniten uupumusta, huo-

lestuneisuutta ja epävarmuutta (Hujanen 2010, 60). Pitkälle edennyttä sydämen vajaatoimintaa sairastavat kokevat myös kuoleman pelkoa ja toivottomuutta elämässään (Ryan & Farrelly 2009). Sydämen vajaatoimintaa sairastavien elämänlaatu on todettu olevan huonompi, kuin suomalaisen väestön keskimäärin (Hujanen 2010, 60). Tuella ja ohjauksella on elämänlaatua parantava vaikutus, kun potilas oppii, miten voi itse vaikuttaa sairautensa kulkuun (Lommi & Partanen 2008).

Suurella osalla potilaista on sydämen vajaatoiminnan lisäksi muita sairauksia, joista yleisimpiä ovat diabetes, krooniset keuhkosairaudet, munuaisten ja maksan sairaudet, anemia sekä kilpirauhasen toimintahäiriö. Liitännäissairaudet pahentavat sydämen pumppaushäiriötä ja lisäävät vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita. (Lommi 2008.)

Ensiarvoisen tärkeää on huomioida potilaan ja hänen omaisensa riittävä tiedon saanti sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoidoista. Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa on keskeistä kertoa, mitä sydämen vajaatoiminta tarkoittaa ja mistä erilaiset oireet johtuvat. On tärkeää myös selvittää mikä on sydämen vajaatoiminnan taustalla oleva sairaus, miten oireet tunnistetaan ja miten omaseuranta toteutetaan. Potilas tulee tehdä tietoiseksi sydämen vajaatoimintaa pahentavista tekijöistä, lääkähoidosta, ruokavaliosta, levon ja liikunnan merkityksestä sekä matkusteluun liittyvistä asioista. Hoidon onnistumisen kannalta myös sosiaalisella tuella ja jatkohoidon hyvällä järjestelyllä on suuri merkitys. (ACC/AHA Guidelines 2001.)

Potilaat kokevat tarvitsevänsä tietoa sydämen vajaatoiminnan merkeistä ja oireista, ennusteesta, riskitekijöistä, lääkityksestä, ruokavaliosta, psyykkisistä tekijöistä, aktiviteeteista, töihin paluusta sekä yleistä tietoa sairaudesta. Tärkeimmiksi aihealueiksi potilaat kokevat tiedot oireista ja sairauden ennusteesta. (Boyde ym. 2009.)

3 Potilaan ohjaus

3.1 Potilaan ohjauksen ulottuvuudet

Hoitotiede määrittelee ohjauskäsitteen olevan osa ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Ammatillisena toimintana ohjausta tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti ohjattavan tilanteeseen ja oppimiseen liittyvistä asioista. Prosessina ohjaus voidaan luonnehtia olevan aktiivista merkityksen luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä tai kokemusten reflektointia. Tieteessä määritellään, ettei ohjaus ole ohjaajalähtöistä, vaan siinä tulevat esiin ihanteet, millaista ohjauksen tulisi olla. (Kääriäinen & Kyngäs, 2005.)

Ohjauksen lähikäsitteitä ovat neuvonta, opetus ja tiedonantaminen. Neuvonnassa ohjattavaa autetaan tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja. Neuvontaa tapahtuu, kun ohjaaja auttaa ohjattavaa tekemään päätöksiä esimerkiksi päättämällä, mitä asioita opetellaan. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä ei anneta suoria neuvoja, vaan ohjauksella autetaan tekemään valintoja. Opetus puolestaan on systeemi suunniteltuja toimintoja, jotka vaikuttavat potilaan käyttäytymiseen. Opetuksessa hoitaja osallistuu potilaan oppimissuunnitelman laatimiseen ja tarjoaa sen toteuttamiseen oppimiskokemuksia. Tiedon antamisessa kirjallisen materiaalin käyttö on runsaampaa ja vuorovaikutus vähäisempää kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. Tiedon antaminen on usein lyhyttä ja ajoittaista eikä perustu ohjattavan yksilöllisiin tarpeisiin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Ohjaus pitää sisällään potilaan neuvonnan, terveysneuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen (Kyngäs ym. 2007, 5 - 6).

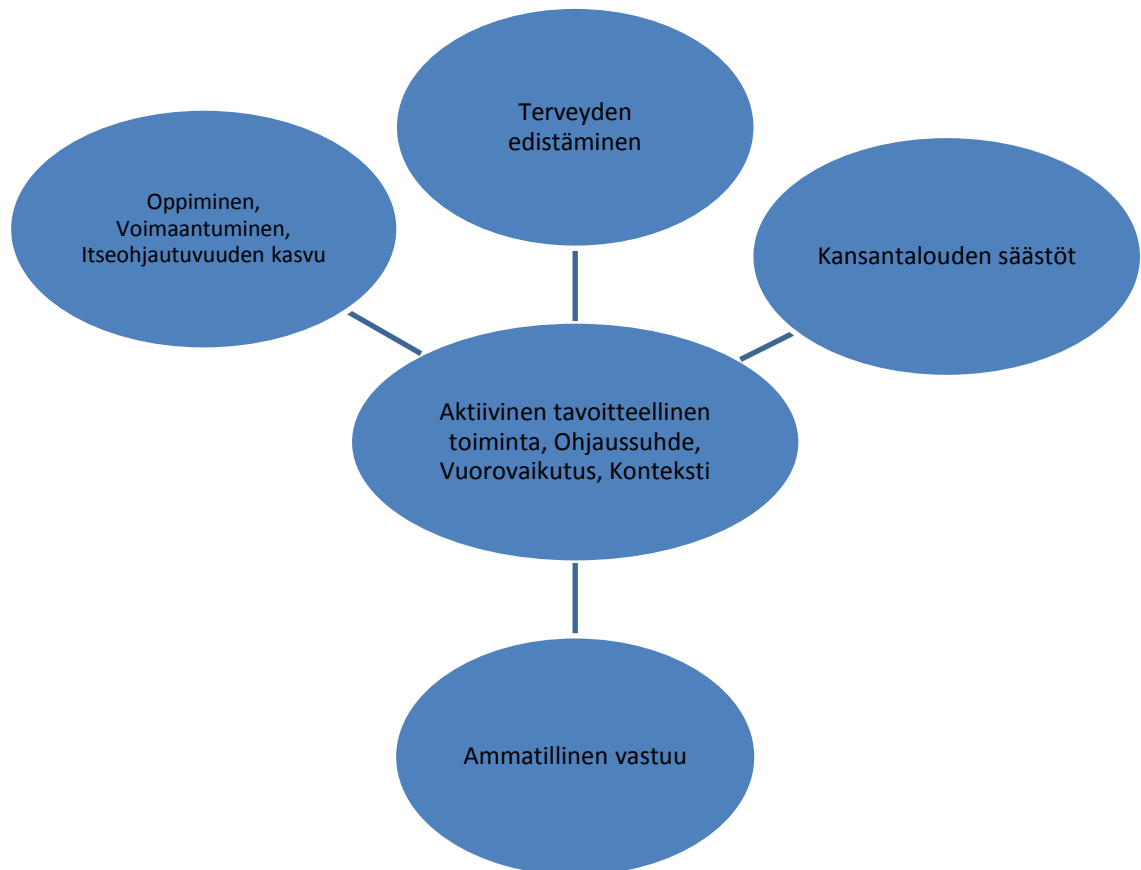
Ohjauks käsitteelle tunnusomaista ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, kaksisuuntainen vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjaus pitää sisällään ohjattavan ja ohjaajan kontekstin: yksilölliset fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Vuorovaikutuksessa on keskeistä ohjattavan ja ohjaajan fyysinen, kielellinen, ajatteluun ja tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus. Vuorovaikutus ilmenee kohteluna, ymmärtämisinä, tukemisena ja yhteistyönä. Kohtelu ilmenee välittämisenä, avoimuutena, iloisuutena, aitoutena, ja inhimillisyytenä sekä ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. Ymmärtäminen on kuuntelemista, kysymistä ja empatiaa. Tukemiseen kuuluvat rohkaiseminen, auttaminen ja vahvistaminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutus mahdollistaa ohjaussuhteen. Ohjaajan ja ohjattavan ollessa tasavertainen työpari eli asiantuntijatiimi, he suunnittelevat ohjauksen sisältöä ja prosessia yhdessä saavuttaakseen tavoitteensa. Tasavertaisessa yhteistyösuhteessa ohjaajan roolina on ohjauskokemuksellaan auttaa ja tukea ohjattavaa tilanteensa hahmottamisessa. Ohjaus on aktiivista tavoitteellista toimintaa, johon sisältyy ohjattavan henkilökohtaisen merkityksen löytämistä. Tavoitteet määräävät työskentelyn tarkemman sisällön ja ovat realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia sekä sopivat kontekstiin. Näin korostuu ohjattavan vastuu omasta elämästään ja tekemistä valinnoistaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Ohjauksen tarkoitus on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään, sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Tavoitteena ohjauksella on tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutoksen edistäminen, päätöksenteon oppiminen, sosiaalisten suhteiden muuttaminen sekä selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005) sekä hyvinvoinnin edistäminen (Lahtinen 2006, 6 - 7). Hyvän potilasohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan kotona selviytymistä ja vähentää yhteydenottoja hoitokontaktin tai hoitojakson jälkeen (Kyngäs ym. 2007, 5 - 6).

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteena on saada potilas ja hänen omaisensa ymmärtämään, miten sairaus vaikuttaa potilaan jokapäiväiseen elämään ja millä keinoilla potilas voi itse vaikuttaa oman sairautensa kulkuun (Grady ym. 2000). Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen toteuttaminen edellyttää hoitajilta erityistietoa, aikaa ja positiivista asennetta potilaiden ohjaukseen. Siksi sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyön tulee perustua tutkittuun tietoon ja vaatii omien toimintatapojen päivittämistä. (Eriksson & Partanen 2005.) Ammatillinen asiantuntijuus korostuu sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauksessa ja hoidossa. (Eriksson & Partanen 2005).

Ohjauksella mahdollistetaan ohjattavan ja ohjaajan oppiminen, voimaantuminen ja itseohjautuvuuden kasvu sekä edistetään ohjattavan terveyttä. Ohjauksessa tavoitteet pyritään saavuttamaan auttamalla ohjattavaa oppimaan tehokkaampia tapoja käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita. Kyetessään tekemään muutoksia ohjattavan on omaksuttava uusia näkökulmia tehdä havaintoja, toimia, tuntea ja ajatella tietyissä asioissa, tilanteissa ja vuorovaikutussuhteissa. Ohjaajan on oltava herkkä havaitsemaan, miten prosessin eri osat vaikuttavat kyseisessä tilanteessa toisiinsa, jotta ohjaus tukee myös voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvua. On todettu, että ohjaus edistää ohjattavan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekoa sekä tietoa sairauden hoidosta. Lisäksi ohjauksella on kansantaloudellisia vaikutuksia. Se on vähentänyt sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Potilasohjauksella voidaan vähentää uusien sairaalahoitojen ja laitoshoidon tarvetta sekä jossain määrin myös kuolleisuutta (Lommi & Partanen 2008). Vajaatoimintapotilaan ohjaus ja ongelmien nopea havaitseminen säästävät näin sairaalakustannuksia (Partanen & Lommi 2006).



Kuvio 1. Ohjauksen sisältö- ja rakenne Kääriäisen ja Kyngäksen mukaan 2005.

Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon ja arkipäivästä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Erityisen tärkeänä voimavarana pidetään potilaan kuntoutumisessa perhettä ja vertaistukiryhmiä. Omaisten tuki ja heidänkin ohjaustarpeensa tulisi huomioida. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2007.) Potilaat sitoutuvat pitkäaikaisiin hoitoihin huommin kuin lyhytaikaisiin. Tämän takia pitkäaikaissairaus on asia, joka on erityisesti huomioitava asiakkaan ohjausta suunniteltaessa ja hoitoon sitoutumisen tukemiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Kyngäs & Hentinen 2008, 86.)

Pitkäaikaissairauksien painopiste on muuttumassa yhä enemmän potilaslähtöiseksi oman hoidon tukemiseksi. On havaittu, että yksisuuntainen tiedonsiirto ja hoitopäätösten tekeminen potilaan puolesta eivät aina johda toivottuun tulokseen. Väestön aktiivisuuden lisääntyminen oman terveytensä edistämässä on maailmanlaajuinen suuntaus, jota pidetään voimavarana terveydenhuollon kehittämisessä. Omahoito, joka sisältää sekä elämäntavat että sairauden hoidon, on potilaslähtöinen toimintatapa. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010.)

Laadukkaan ohjauksen toteuttamiselle ovat välttämättömiä asianmukaiset ohjausresurssit, riittävä hoitohenkilöstön mitoitus, tilojen asianmukaisuus ja tarvittavan välineistön saatavuus. Ajan tasalla oleva kirjallinen- ja audiovisuaalinen ohjausmateriaali sekä tietotekniikan ja internetin välineistö on laadukkaan ohjauksen toteuttamisen edellytys. Riittävä hoitohenkilökunnan koulutus ja uusien työntekijöiden perehdytys ohjauksen sisältöön, menetelmiin ja vuorovaikutukseen liittyviin asioihin myötävaikuttavat ohjauksen laatuun. Laadukkaan potilasohjauksen ei tulisi olla sattumanvaraista vaan systemaattista. (Kääriäinen 2008.)

3.2 Sairaanhoitajan asiantuntijuus ja rooli potilaan ohjauksessa

Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu useasta eri osa-alueesta, joita ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito (Opetusministeriö 2006, 63 - 64). Yksi hoitotyön perustehtävistä on opettaa ja ohjata asiakkaita, potilaita ja heidän perheitään niin, että he saavat riittävästi tietoa tilanteestaan, sen hoidosta sekä terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä sekä taitoa hoitaa sairauttaan ja ottaa vastuuta terveydestään. (Lauri 2006). Hoitajan rooli on olla ohjausprosessin asiantuntija, joka edellyttää häneltä tietoja ja taitoja ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja ohjausmenetelmiin liittyen (Kääriäinen 2008). Sairaanhoitajilla on vastuu potilaiden ohjauksesta ja siitä, että se perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Sairaanhoitajilta vaaditaan vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, jotta voidaan luoda hyvä ohjausilmapiiri. Sairaanhoitaja toimii potilaan vaatimien järjestelyjen koordinaattorina, käytännön hoidon ohjaajana ja asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä. (Eriksson & Partanen 2005.) Ammattihenkilön ja potilaan välisen suhteen muuttuminen auktoriteetti- ja kumppanuussuhteesta opastussuhteeksi vaatii ammattihenkilöltä asennemuutosta, jossa ollaan valmiita potilaan muuttuvaan rooliin. (Routasalo ym. 2010.) Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa sekä perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. Tämä edellyttää sairaanhoitajalta ohjauksen filosofisten ja eettisten lähtökohtien tiedostamista sekä hyviä ohjausvalmiuksia. (Kääriäinen 2008.)

Terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittävät ohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa. Eettisiä periaatteita ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto. Eettisestä näkökulmasta ohjauksessa tulee huomioida potilaan näkemys ja kokemus, sekä samalla se velvoittaa hoitajaa toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä myös muiden ammatin edustajien kanssa. (Lahtinen 2006, 6 - 7.)

3.3 Potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksia ohjauksesta

Terveydenhuoltohenkilöstön ohjausvalmiuksia tutkittaessa ilmeni, että he itse kokevat ohjaustaitonsa hyväksi. Terveydenhuoltohenkilöstö kokee hallitsevansa parhaiten tiedon sairaudesta, sen vaaratekijöistä sekä hoitotutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Heikoimmaksi koetaan tiedot hoitovaihtoehtoista ja sairauden vaikutuksesta perheeseen. Tutkimuksessa ilmenee, että hoitohenkilöstö asennoitui myönteisesti potilasohjaukseen. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006.)

Tutkittaessa potilaan kokemuksia ja käsityksiä heidän saamastaan hoidosta ilmenee, että ohjauksen saanti ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassa ollessa on ollut osittain riittämätöntä. Potilaat kokevat, että heitä tulisi ohjata enemmän sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa jo ennen sairaalaan tuloa. Ohjaus on ollut riittämätöntä erityisesti sosiaalisen tuen osalta. Lisäksi potilaat kokevat, että ohjauksen saatavuus jää heidän vastuulleen ja heidän kontekstiaan ei huomioida ja vuorovaikutus on autoritaarista. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005.) Pääosin potilaat kokevat ohjauksen riittäväksi, mutta puutteita koetaan hoidon sivuvaikutusten, hoitoon liittyvien ongelmien sekä jatkohoidon osalta. Lisäksi ohjaus koetaan riittämättömäksi eettisellä ja taloudellisella alueella. Myös ohjauksen sosiaaliset ja kokemukselliset ulottuvuudet koetaan laiminlyödyiksi. (Johansson ym. 2003). Tutkimuksen (Hartikainen & Visamo 2000) mukaan potilaat saivat sairaalassa puutteellista ohjausta sairaudesta ja sen aiheuttamista oireista. Iäkkäät potilaat toivovat yksilöllisempää ohjausta, pidempiä ohjausaikoja sekä omaisia mukaan ohjaustilanteeseen (Isola ym. 2007). Potilaat odottavat keskustelumahdollisuutta sekä tukea, ymmärrystä ja rohkaisua hoitajalta. (Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006)

3.4 Ohjausmenetelmät

Ohjaus voi parhaimmillaan mahdollistaa potilaan uuden tiedon, taidon ja ymmärryksen syntymisen tai jopa käyttäytymisen muutoksen, siis oppimisen. Oppimiseen vaikuttaa oppimistyyli, joka on luonteenomainen tapa tehdä havaintoja, ajatella ja oppia. Oppimistyylien tunnistaminen on haastavaa (Eloranta & Virkki 2011, 50 - 53.) Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää tietämystä, miten potilas omaksuu asioita, eli millainen on hänen oppimistyyliinsä. Asioiden omaksumista voi tapahtua kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla tai yhteistyössä muiden potilaiden kanssa. (Kääriäinen 2007.) Visuaalisesti eli näköaistin kautta asioita omaksutaan lukemalla, näkemällä ja visualisoimalla. Audiitiivinen oppija omaksuu asioita puolestaan kuuloaistin avulla eli kuuntelemisen, keskustelemisen ja itsepuhelun kautta. Kinesteettisesti asioita omaksutaan kokemisen/tekemisen ja tun-

temisen/intuition kautta ja taktiilisesti käsillä tekemisen/käsittelemisen kautta. (Prashning 2000.) Tutkimuksen (Boyde ym. 2009) mukaan suurin osa sydämen vajaatoiminta potilaista tunnistaa oppivansa monien oppimistapojen kautta. Seuraavaksi eniten potilaista tunnistaa oppivansa lukemisen ja kirjoittamisen kautta. Vain pieni osa potilaista tunnistaa itsensä audiitiiviseksi ja kineettiseksi oppijaksi. Tutkimuksessa ilmeni, ettei kukaan tunnistanut itseään ainoastaan visuaaliseksi oppijaksi.

Yksilöohjaus tarkoittaa ohjausta, jossa potilas ja ohjaaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään kasvokkain. Vuorovaikutus toteutuu parhaiten yksilöohjauksessa. Kaksisuuntainen vuorovaikutus antaa asiakkaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen sekä tuen saamiseen hoitajalta. Yksilöohjauksessa voidaan parhaiten selvittää potilaan konteksti ja vastata hänen yksilöllisiin ohjaustarpeisiinsa. Tällöin voidaan lukea myös non-verbaalista viestintää. (Kyngäs & Hentinen 2008, 110 - 111.)

Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä, joten on mahdollista, että potilaiden yksilöllinen huomiointi jää yleisemmälle tasolle. Ryhmäohjauksen hyvänä puolena pidetään potilaiden saamaa mahdollisuutta vertaistukeen, jonka tiedetään tukevan pitkäaikaisesti hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 112.) Ryhmäohjauksen avulla on toisinaan paremmat mahdollisuudet saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjauksessa voidaan jakaa tietoa terveyteen ja sairauteen liittyvistä yleisistä asioista suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Audiovisuaalinen ohjaus pitää sisällään puhelinohjauksen, videoiden ja äänikasettien avulla annettavan ohjauksen, tietokoneavusteisen ohjauksen, joukkoviestinnän, kirjallisen ohjauksen ja demonstraation. Puhelinohjauksen lähtökohtana voi olla potilaan kontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti potilaaseen. Puhelinohjaus voidaan jaotella palveluohjaukseen sekä terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Palveluohjauksella tarkoitetaan palveluista tiedottamista, jossa potilas ohjataan terveydenhuoltojärjestelmään. Terveyden ja sairaanhoidon ohjauksella tarkoitetaan kaikkea potilaan terveydentilaan liittyvää ohjausta. Puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjausmenetelmistä, jossa ohjaajan on osattava selvittää potilaan tila ja antaa potilaan tilanteen vaatimaa ohjausta selkeästi. Haasteellisuutta lisää se, että non-verbaalista viestintää ei voida hyödyntää. (Kyngäs ym. 2007, 116 - 120.)

Videoiden ja äänikasettien avulla annettavalla ohjauksella voidaan antaa ohjeita perusasioissa ja yleisellä tasolla. Videoiden visuaalinen ulottuvuus voi olla hyödyllistä potilaille, joiden on hankalaa lukea kirjallista materiaalia. Video-ohjeiden etuina voidaan pitää, että ne voivat olla helposti vastaanotettavia sekä taloudellinen tapa antaa tietoa oikea-aikaisesti. Ääni-

kasettien hyötyinä puolestaan ovat, että niitä on helppo kuljettaa ja niitä voidaan räätälöidä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Tietokoneavusteinen ohjaus tarkoittaa tietokoneen avulla annettavaa ohjausta. Sen käytössä tulee ottaa huomioon potilaan tarpeet, elämäntilanne, tiedot ja tietokoneen käyttötaidot. Etuina tietokoneohjausmateriaalin käytölle ovat ohjeiden yhdenmukaisuus, standardoitu laatu ja sisältö, hoitajan ajan säästyminen sekä helppo ajallinen saatavuus. Rajoituksina ovat vähäiset mahdollisuudet muokata ja muunnella ohjelmia potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi. (Kyngäs ym. 2007, 122 - 123.)

Joukkoviestinnällä tarkoitetaan radio- ja televisiokanavia, sähköpostia, internetiä ja matkapuhelimia. Näiden viestintämenetelmien etuina ovat nopeat yhteydet ja mahdollisuus välittömään vuorovaikutukseen. Menetelmät mahdollistavat niin yksilö-, ryhmä- kuin laajempien väestöryhmien ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 123.)

Kirjallisella ohjausmateriaalilla ohjauksessa tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Kirjallisista ohjeista potilas voi tarkastaa ja palauttaa muistiin tietoja. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla potilaalle voidaan jo ennakoon välittää tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista. Toinen tärkeä käyttöalue on kirjalliset kotiutusohjeet. (Kyngäs ym. 2007, 124 - 125.)

Demonstraatio on yksi ohjausmenetelmistä joka on havainnollistamista ja konkretisointia. Sen avulla voidaan antaa kuva siitä miten jokin asia tehdään. Demonstraatiota ohjauksessa käytetään silloin, kun kyseessä on motoristen taitojen opettaminen ja käytännön taitojen harjoittaminen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 113 - 114.) Demonstrointi voidaan jakaa havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. Havainnollisen esittämisen tarkoituksena on antaa kuva siitä kuinka jokin asia tehdään. Harjoittelemisen avulla on mahdollista kehittää asiakkaan motorisia taitoja. Sen tarkoituksena on antaa potilaalle omakohtainen kokemus asian tekemisestä ja oppimisesta. Ohjausmenetelmänä demonstraatio on kallis, mutta se on paras menetelmä motoristen taitojen ohjaamisessa ja erilaisten käytänteiden ohjaamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 128 - 131.)

Tutkittaessa potilaan kokemuksia ja käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta ilmeni, että ohjausmenetelmistä hoitohenkilökunta hallitsee hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Huonosti hallittuja ohjausmenetelmiä käytetään ohjauksessa vain vähän. (Kääriäinen ym. 2005.) Iäkkäät potilaat toivovat kirjallista materiaalia sekä ryhmäohjausta vertaistuen takia. Potilaat toivovat myös monipuolisempaa ohjausmenetelmien käyttöä ja heikentyneiden aisti- ja muistitoimintojen huomioimista ohjaustilanteessa. (Isola ym. 2007.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa. Opinnäytetyö tarjoaa mahdollisuuden kehittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt?
2. Millaisia ohjausmenetelmiä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa käytetään?

5 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukset kokoavat tietoa joltakin rajatulta aihealueelta, ne ovat yhteenvetoja aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta. Niiden avulla voidaan hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta saamalla kuva tutkimustiedon määrästä ja siitä millaista olemassa oleva tutkimus sisällöllisesti ja menetelmällisesti pääsääntöisesti on. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen edellytyksenä on, että aiheesta on edes jonkin verran tutkittua tietoa. (Leino-Kilpi 2007, 2) Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia, kuten esimerkiksi narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus sekä systemoitu tai systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Johansson 2007, 3 -5 .) Tämä opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, joka pyrkii minimoimaan virheitä, jossa kerätään ja jäsennetään olemassa olevaa tutkimustietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistellään tuloksia tutkittavasta ilmiöstä (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Sen jokainen vaihe tulee tarkkaan määritellä ja kirjata virheiden minimoimiseksi sekä katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Johansson 2007, 3 - 5.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan helpottaa tiedon soveltamista hoitotyöhön sekä yksittäisen sairaanhoitajan mahdollisuutta saada käyttöönsä useita aiheeseen liittyviä tutkimuksia samassa paketissa (Eriksson ym. 2007).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen: 1. suunnitteluvaihe, 2. hakujen tekeminen, aineiston analysoiminen sekä synteessin tekeminen ja 3. katsauksen raportointi (Johansson 2007, 5). Suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöntekijät tutustuivat aiheeseen ja aiheesta tehtyyn aiempaan tutkimukseen tekemällä tiedonhakua aiheesta. Samalla tehtiin tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelman tarkoituksena oli ohja-

ta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita. Tutkimussuunnitelmassa asetettiin tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyrittiin vastaamaan. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Tutkimuskysymykset määrittävät kirjallisuuskatsauksen kohteen (The Cochrane Collaboration 2009). Tutkimuskysymyksiä muodostui aluksi kolme, joilla haluttiin selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kokemuksia ohjauksesta, ohjauksen sisältöä ja ohjausmenetelmiä. Aihetta rajattiin, koska sellaisenaan aihe olisi ollut liian laaja ja siihen vaikutti opinnäytetyöntekijöiden näkemys potilaiden kokemuksia ohjauksesta koskevan tutkimuskirjallisuuden vähyydestä. Tällöin pudotettiin tutkimuskysymys potilaiden ohjauskokemuksista pois. Opinnäytetyön lopulliset kaksi tutkimuskysymystä koskivat sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisältöä ja ohjausmenetelmiä. Tutkimuskysymysten määrittämisen jälkeen valittiin menetelmät katsauksen toteuttamiseen ja laadittiin hakustrategia.

Menetelmillä tarkoitetaan hakutermien pohtimista ja niiden valintaa sekä tietokantojen valintaa (Johansson 2007, 6). Hakustrategian tarkoituksena on löytää kaikki katsauksen kannalta tarkoituksenmukaiset tutkimukset (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Hakutermien valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset, joiden pohjalta tunnistettiin kolme aiheen kannalta olennaista hakutermiä: sydämen vajaatoiminta, potilaan ohjaus, ohjausmenetelmä. Hakutermien valinnassa käytettiin MeSH (Medical subject heading) asiasanastoa sekä yleistä suomalaista asiasanastoa (YSA). Tietokannoiksi, joista tiedonhaut tehtiin, valittiin Cinahl, Medic ja Ovid (Medline).

Haut rajattiin koskemaan suomen- tai englanninkielisiä tutkimusartikkeleja, sillä englanti on virallinen kansainvälinen julkaisukieli. Tutkimusartikkelien sekä pro gradu -tutkielmien tuli olla julkaistu vuosien 2000 – 2011 välisenä aikana, koska tarkoituksena oli löytää viimeisin aiheeseen liittyvä tutkittu tieto. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistuu tiettyinä aikana tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimusten valintaa varten laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Johansson 2007, 4 - 6.) Näillä tarkoitetaan arviointiperusteita, joilla arvioidaan alkuperäistutkimusten kelpoisuutta katsaukseen (The Cochrane Collaboration 2009).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa hankittiin ja valikoitiin mukaan otettavat alkuperäisartikkelit, jonka jälkeen ne analysoitiin sisällönanalyysin avulla tutkimuskysymysten mukaan ja lopulta tehtiin synteesi. Kolmannessa ja viimeisessä vaiheessa raportoitiin tulokset ja tehtiin tuloksista johtopäätökset. Olennaista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumiselle ja tulosten merkityksellisyyden osoittamiseksi, on tarkka raportointi katsauksen kaikista vaiheista. (Johansson 2007, 6 - 7.) Alkuperäistutkimusten haku ja valinta sekä aineiston analyysi on kuvattu tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

5.1 Alkuperäistutkimusten haku

Kirjallisuushaun tarkoituksena oli löytää kattavasti alkuperäistutkimukset, jotka ovat sopivia vastaamaan tutkimuskysymyksiin (Bettany-Saltikov 2010). Tiedonhakuprosessi oli rajattu ja tarkoituksena oli, että tiedonhaku olisi toistettavissa. Haut tehtiin systemaattisesti ja kattavasti käyttäen sähköisiä tietokantoja. Tiedonhakua tehtiin myös manuaalisesti, jolla pyrittiin löytämään sähköistietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 50.) Manuaalisella tiedonhaulla tarkoitetaan alkuperäistutkimusten etsimistä käsin tutkimuskysymysten kannalta keskeisistä julkaisuista (Kääriäinen & Lahtinen 2006).

Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku suoritettiin niistä lähteistä, joista oletettiin saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Tiedonhaku suoritettiin näin ollen kirjallisuushauilla Cinahl- Medic- ja Ovid (Medline) tietokannoista. Cinahl on hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian laaja kansainvälinen viite- ja tiivistelmätietokanta. Medic on terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää viitteitä suomalaisesta lääke- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta ja Ovid (Medline) kansainvälinen hammas-, lääke- ja hoitotieteen tietokanta. (Tähtinen 2007, 29 - 31.) Tiedonhaun tekemisessä auttoivat Laurea Ammattikorkeakoulun sekä Terveystieteiden keskuskirjaston informaattikot.

Hakutermit määritettiin tutkimuskysymysten pohjalta mahdollisimman monipuolisesti koskemaan potilaan ohjausta ja ohjausmenetelmiä. Haut tehtiin hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä sydämen vajaatoiminta (YSA), heart failure (MeSH), cardiac failure, potilasohjaus, ohjaus, hoidonohjaus (YSA), neuvonta (YSA), patient education (MeSH), counseling, teaching (MeSH), method tai counseling method. Vapaasanahakua sekä MeSH-termejä käytettiin hakujen tekemisessä, jotta saatiin tutkimuskysymysten kannalta mahdollisimman kattava haku. Haut, jotka tehtiin MeSH-termeillä, laajennettiin alakäsitteisiin, joista lyhenne exp. Hakutermien yhdisteleminen tapahtui AND- ja OR-operaattoreilla eri hakuliittymissä. Hakustrategia, jossa kuvataan käytetyt tietokannat sekä käytetyt hakutermit ja niiden yhdisteleminen, on kuvattu Liitteessä 1.

5.2 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Tutkimussuunnitelmassa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka perustuivat tutkimuskysymyksiin. Ne on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

- Kansalliset ja kansainväliset hoito-, terveys- tai lääketieteelliset tutkimukset tai niistä tehdyt artikkelit, pro gradu tutkielmat tai väitöskirjat, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin
- Tutkimusten tuli käsitellä sydämen vajaatoiminta potilaan ohjausta.
- Ei potilaiden kokemuksia

Sisäänottokriteeriksi määriteltiin, että tutkimusten ja pro gradu -tutkielmien tuli käsitellä sydämen vajaatoiminta potilaan ohjausta. Poissulkukriteerinä olivat potilaiden kokemukset, jotta löydettiin tutkimuskysymysten mukainen tieto. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin löytämään tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaiset tutkimukset. Systemaattinen haku kaikista kolmesta valitusta tietokannasta tuotti yhteensä 239 viitettä, jotka kaikki käytiin läpi opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Otsikon perusteella valittiin 105 tutkimusta, jonka jälkeen niistä luettiin tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella valittiin 47 tutkimusta, jotka luettiin kokonaan läpi. Lopulta koko tekstin perusteella valittiin yksitoista tutkimusta. Manuaalisella haulla löydettiin seitsemän artikkelia, jotka valittiin tutkimukseen mukaan. Lopulta aineisto koostui yhteensä kuudestoista kansainvälisestä alkuperäisartikkelista ja kahdesta kansallisesta pro gradu- tutkielmasta. Valittu tutkimusaineisto on esitelty liitteessä 2.

Alkuperäistutkimusten laatua arvioitaessa kiinnitettiin huomiota, että alkuperäisartikkelit olivat tieteellisistä julkaisuista, joissa artikkelit käyvät läpi erityisen referee- menettelyn eli moninkertaisen asiantuntijatarkastuksen (Eriksson ym. 2007, 25; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 270; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 143). Aineiston laadunarvioinnissa tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin tai eivät kuvanneet käytettyä tutkimusmenetelmää luotettavasti, jätettiin aineiston ulkopuolelle. Pro gradu- tutkielmien käyttöä ei kirjallisuuskatsauksessa suositella, koska ne ovat tekijöiden ensimmäisiä tieteellisiä opinnäytetöitä ja näin niiden tieteellinen taso ei välttämättä ole korkea. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 71). Näimme kuitenkin näiden kahden valitun pro gradu- tutkielman tuovan arvokasta kansallista tietoa opinnäytetyöhön.

6 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Se on tapa järjestää, kuvailla ja määrällistää tutkittavaa ilmiötä ja se soveltuu hyvin artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysi muodostuu aineiston sisältöä kuvaavien tärkeimpien ilmausten tunnistamisesta, ryhmittelystä sekä luokittelusta ja niiden nimeämisestä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 108). Sisällönanalyysin prosessin eri vaiheet voidaan jakaa analyysiyksikön valintaan, aineistoon tutustumiseen, aineiston pelkistämiseen, luokitteluun ja tulkintaan sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 24 - 37). Sisällönanalyysi voi olla määrällistä tai laadullista riippuen tutkimuksen tavoitteista. Laadullisessa sisällön analyysissä on olennaista aineiston luokittelu. Laadullinen sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä ja se perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Siinä luokittelu perustuu niihin havaintoihin, joita tutkija tekee aineistosta. Toisin sanoen induktiivisessa sisällönanalyysissä käsitteet luodaan aineistosta. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu puolestaan perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistosta poimitaan vain ne asiat, jotka sopivat muodostettuun analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103 - 108.)

Ennen varsinaisen analyysin aloittamista päätettiin, että analysoitavasta aineistosta analysoitaisiin ainoastaan se, mikä on selvästi ilmaistu dokumenteissa. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla tutkimusartikkeleiden analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällön analyysiä. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa määritettiin analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Analyysiyksikkönä käytettiin sanayhdistelmää tai lausetta. Seuraavaksi, valittuun aineistoon tutustuttiin lukemalla sitä useita kertoja läpi, jonka jälkeen analyysiä jatkettiin aineiston pelkistämällä. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodattiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimustehtävään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Valitusta aineistosta etsittiin siis vastausta tutkimuskysymykseen, mitkä ovat sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt ja niitä vastaavat ilmaukset alleviivattiin tekstistä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Tämän jälkeen alleviivatut analyysiyksiköt pelkistettiin ja ne listattiin yhteen. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin ne olivat aineistossa. Englanninkieliset alkuperäisilmaisut suomennettiin pelkistuksen yhteydessä. Esimerkki pelkistämisestä on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki pelkistämisestä induktiivisessa analyysissä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
...education contained the rationale for avoidance of nonsteroidal anti-inflammatory drugs	perustelu tulehduskipulääkkeiden välttämisestä
...information about the importance of seeking help promptly if symptoms worsened	avun etsimisen tärkeys oireiden pahentuessa
...information about the causes and mechanism of HF	sydämen vajaatoiminnan syistä ja mekanismeista
...hoitaja kertoi vinkkejä, kuten jääpalojen imeskelemisen, sitruunamehun ja syljeneritystä lisäävien valmisteiden käytön janon tunteen ja suunkuivumisen helpottamiseksi.	vinkkejä janon tunteen ja suunkuivumisen helpottamiseksi

Induktiivisen analyysin seuraavassa vaiheessa ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin samaan luokkaan ja muodostettiin alaluokat, joille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Alaluokkia muodostui kahdeksantoista. Alaluokkien muodostamisen jälkeen niitä yhdistettiin ja muodostettiin niistä yläluokkia, mitkä myös nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Analyysin yläluokiksi muodostuivat yhteistyö ohjaussuhteessa, tieto sairaudesta, tieto omahoitotehtävistä, tieto elämäntavoista ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Yläluokista muodostui yksi pääluokka omahoidon tukeminen. Induktiivisen sisällönanalyysin lopputuloksena syntyi käsitekartta sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 - 5.) Käsitekartta, minkä tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjauksen sisältöä, on liitteenä 3.

Opinnäytetyön toisen tutkimuskysymyksen kohdalla yritettiin ensin analyysiä myös induktiivisesti, mutta tämä osoittautui mahdottomaksi toteuttaa, joten päädyttiin deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sisällön analyysiin. Deduktiivinen sisällönanalyysi aloitettiin muodostamalla strukturoitu analyysirunko (Janhonen & Nikkonen 2001, 30 - 32). Analyysirungon muodostamisen jälkeen määritettiin induktiivisen sisällönanalyysin tavoin analyysiyksikkö. Analyysiyksi-

köksi valittiin lause tai lausuma, joka kuvasi tutkittavaa ilmiötä. Analyysin seuraavana vaiheena oli aineiston pelkistäminen ja luokittelu. Deduktiivista sisällönanalyysin luonnetta noudattaen aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutettiin poimimalla aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Esimerkki deduktiivisen analyysin etenemisestä on kuvattu liitteessä 4.

7 Tulokset

Seuraavissa luvuissa raportoidaan opinnäytetyön tutkimustulokset tutkimuskysymysten osalta. Tulokset muodostuivat kuudestatoista tutkimusartikkelista ja kahdesta pro gradu - tutkielmasta.

7.1 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöt

Ohjauksen sisältöjä kuvaavaksi pääluokaksi muodostui sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon tukeminen. Omahoidon tukeminen ohjauksessa pitää sisällään valitun tutkimusaineiston mukaan yhteistyötä ohjaussuhteessa, tietoa sairaudesta, tietoa omahoitotehtävistä, tietoa elämäntavoista sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista.

Yhteistyötä ohjaussuhteessa pitää sisällään potilaiden kokemukset, lähtökohtien määrittämisen, tavoitteiden asettamisen, kommunikaation, osallistumisen ohjaukseen ja tuen antamisen. Potilaiden kokemukset oli huomioitu ohjauksessa, jossa potilaiden yksilöllisistä ongelmista oli keskusteltu (Jaarsma ym. 2000). Lähtökohtien määrittäminen sisälsi sairaanhoitajan selvityksen potilaiden tavoista ja ymmärryksestä lääkehoidosta (Aguado ym. 2010). Ohjauksessa käytiin läpi potilaan tupakointi-, alkoholinkäyttö-, ravitsemus- ja liikuntatavat sekä hoitotietämys ja hoidon noudattaminen (Gonzales ym. 2005). Ohjauksen lähtökohtana olivat myös potilaiden ruokapäiväkirjat, joiden avulla ravintoterapeutti teki arvion potilaiden ravitsemuksesta. (Arcand ym. 2005). Lähtökohtien määrittämisen tarkoituksena oli havaita potilaan muutosherkkyys (Aguado ym. 2010) tai ohjauksen tarve (Gonzales ym. 2005). Tavoitteet asetettiin ravitsemuksesta ja ruokavaliosuunnitelma laadittiin yhdessä potilaan kanssa (Arcand ym. 2005).

Kommunikaatio tuli esille vajaatoimintaklinikan sairaanhoitajien kokemuksissa, että potilailla oli ollut aikaa keskustella voinnistaan ja että he olivat kyenneet tarjoamaan tietoa, joka lisäsi heidän ymmärrystään sairaudesta (Lloyd-Williams ym. 2005). Tietoa kuvattiin annettavan neutraalilla ja ymmärrettävällä tavalla (Riegel, Dickson, Hoke, McMahon, Reis & Sayers 2006).

Sairaanhoitajan ja potilaan osallistuminen oli osa vuorovaikutusta, jossa hoitajat näyttivät johtavan tapaamista. Sairaanhoitajat antoivat potilaille tietoa sairaudesta, hoidosta ja tekivät joitain suunnitelmia tulevaisuudelle. Lisätietoa annettiin potilaiden kysymysten pohjalta,

joskin tieto oli jossain määrin standardia. Vaikutti, että potilaat pääosin seurasivat sairaanhoitajan aloitteita ohjauksessa. (Eldh, Ehnfors & Ekman 2006.)

Sosiaalinen tuki ilmeni sairaanhoitajan korostaessa tuen saatavuutta. Potilaat tehtiin tietoiseksi tiiviistä seurannasta ja tuesta, joka olisi saatavilla puhelimitse kaikkina aikoina. (Sanders, Harrison & Checkland 2010.) Sosiaalisesta tuesta oli keskusteltu lyhyesti ja esiin tuli potilaiden hyvin vaihtelevat kokemukset omaisilta saamastaan tuesta. Keskusteluissa oli pyydetty potilaita miettimään kotona pärjäämistään ja tuotu esiin mahdollisuus saada kotiin apua. (Arvinen 2008.)

Tietoa sairaudesta pitää sisällään tietoa sydämen vajaatoiminnasta sairautena. Ohjauksessa käytiin läpi selitys diagnoosista ja hoitovaihtoehtoista (Sanders ym. 2010). Sairaanhoitajan ohjaus sisälsi tietoa sydämen vajaatoiminnan syistä ja mekanismeista (Caldwell, Peters & Dracup 2005; Gonzales ym. 2005; Koelling, Johnson, Cody & Aaronson 2005; Lloyd-Williams ym. 2005; Sanders ym. 2010). Ohjaustilanteissa potilaita informoitiin huonontumista edistävistä tekijöistä, huonontumisen oireista ja merkeistä (Aguado ym. 2010; Arvinen 2008; Gonzales ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005; Sanders ym. 2010). Myös turvotusten syitä ja diureettien toimintamekanismeja käytiin ohjauksessa läpi (Koelling ym. 2005). Ohjauskeskustelussa potilaalle kerrottiin, että kyseessä oli parantumaton sairaus (Arvinen 2008).

Tietoa omahoitotehtävistä tarkoittaa ohjausta lääkehoidosta, oireiden hallinnasta ja tilan huonontumisen ennaltaehkäisystä. Ohjaus lääkehoidosta sisälsi tietoa syistä miksi lääkitys oli määrätty (Caldwell ym. 2005; Koelling ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005) ja tietoa lääkkeiden hyödyistä ja sivuvaikutuksista. Potilaita ohjattiin jokaisen lääkkeen hyödyistä ja sivuvaikutuksista yksityiskohtaisesti. (Aguado ym. 2010.) Potilaiden kanssa keskusteltiin lääkkeiden säännöllisestä ottamisesta, kuten lääkkeiden ottoajoista ja lääkehoidon toteuttamisesta kotona. Säännöllisen lääkehoidon merkitystä sydämen vajaatoiminnan hoidon kannalta painotettiin. (Arvinen 2008.) Ohjaus tulehduskipulääkkeiden käytön välttämisestä esiintyi osana ohjausta (Arvinen 2008; Koelling ym. 2005). Tulehduskipulääkkeitä ohjattiin välttämään, niiden elimistöön nestettä keräävän vaikutuksen vuoksi, samalla neuvottiin, minkälaisia särkylääkkeitä voisi turvallisesti käyttää (Arvinen 2008). Ohjaus sisälsi tietoa miten muuttaa nesteenpoistolääkkeen annosta painon noustessa ja sydämen vajaatoiminnan oireiden pahentuessa (Aguado ym. 2010; Arvinen 2008). Sivuoireita helpottamaan potilaalle annettiin vinkkejä, kuten jääpalojen imeskeleminen sekä syljen erityystä lisäävien valmisteiden käyttö janon tunteen ja suun kuivumisen helpottamiseksi (Arvinen 2008). Ohjauksessa sairaanhoitaja varmisti potilaan oikeaa lääkkeiden käyttöä. Lääkkeiden oikeaa käyttöä havainnoitiin seuraamalla potilaan ja hänen perheenjäsenensä kykyä täyttää oikeaoppisesti lääkedosettia. (Aguado ym. 2010.) Sairaanhoitajista tuntui, että selittäminen miksi lääkkeet oli määrätty ja miten ne vaikuttavat sydämen vajaatoimintaan, lisäsi potilaiden lääkityksen noudattamista (Lloyd-Williams ym. 2005).

Ohjaus oireiden hallinnasta sisälsi tietoa tyypillisimmistä oireista kuten hengenahdistuksesta, turvotuksista, uupumuksesta (Arvinen 2008) sekä painonnoususta (Arvinen 2008; Caldwell 2005; Powell 2010) sekä neuvontaa oireiden tunnistamisesta (Caldwell ym. 2005; Jaarsma 2000). Keskusteluissa oli selvitetty miten oireiden ilmenemistä ja mahdollista pahenemista voi itse seurata (Arvinen 2008). Oireiden pahenemisen seuranta oli ohjausta painon tarkkailusta (Caldwell ym. 2005). Painontarkkailusta oli annettu ohjausta (Goldberg, Farmer, Spencer, Pezzella & Meyer 2006; Gonzales ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005; Powell ym. 2010; Sanders ym. 2010) ja kerrottu painon seurannan tärkeydestä sairauden kannalta (Arvinen 2008) sekä sairaalaan joutumisen ehkäisyksi (Sanders ym. 2010). Ohjaustilanteissa potilaille oli annettu selkeät ohjeet miten painonseuranta toteutetaan ja neuvottu potilaita kirjaamaan painonsa painonseurantataulukkoon (Arvinen 2008). Potilaita neuvottiin ottamaan yhteyttä, jos fyysinen kestävyys vähenisi, hengenahdistus lisääntyisi tai paino nousisi kaksi tai useamman kilogramman muutaman päivän sisällä (Frijling ym. 2002.), noin 1,5 kg yhdessä päivässä tai noin 2.3 kg yhdessä viikossa (Caldwell ym. 2005). Tilan huonontumisen ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä influenssa- ja pneumogokkrokotteiden ottamista suositeltiin (Aguado ym. 2010; Frijling ym. 2002) sydäntä rasittavien tulehdusten ehkäisemiseksi (Arvinen 2008).

Tietoa elämäntavoista keskittyi tiedolle tupakoinnista, alkoholin käytöstä, ruokavaliosta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Ohjauksissa käytiin läpi potilaiden tupakointia (Arvinen 2008; Gonzales ym. 2005; Koelling ym. 2005) ja neuvottiin tupakoinnin lopettamiseen (Koelling ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005) tai tupakoinnista pidättäytymiseen (Aguado ym. 2010). Tupakoinnin negatiivisista vaikutuksista sydämen vajaatoimintaan käytiin läpi ja nikotiinikorvaushoidosta oli myös kerrottu (Arvinen 2008). Ohjauksessa käytiin läpi myös potilaiden alkoholin käyttöä sekä neuvottiin sen käytön vähentämiseen tai kokonaan lopettamiseen (Arvinen 2008; Gonzales ym. 2005; Koelling ym. 2005). Alkoholin käytön ohjauksesta sekä neuvoista lopettaa tupakointi oli merkintä potilaspapereissa vain harvalla. (Goldberg ym. 2006.)

Sydänystävällisestä ruokavaliosta oli keskusteltu potilaan tarpeista lähtöisin ja hoitaja oli konkreettisesti käynyt läpi mitä ruokavalion tulisi sisältää. (Arvinen 2008.) Useimmin annettu suositus potilaille ruokavaliota koskien oli rajoittaa suolan saantia (Goldberg ym. 2006). Ohjauksessa käytiin läpi suolarajoituksen roolia ruokavaliossa (Aguado ym. 2010; Koelling ym. 2005) ja ohjeiksi päivittäisestä suolan saannista annettiin rajoittaa suolan saanti vuorokaudessa kahteen grammaan tai vähempään (Arcand ym. 2005; Koelling ym. 2005). Ravitsemusterapeutin ohjaus sisälsi tietoa ruoan valmistus tekniikoista, ruokatarvikkeiden ostamisesta, ruokavalikoimasta, etikettien lukemisesta, ravintolassa ruokailemisesta sekä vähäsuolaisista ruokavaihtoehtoista (Arcand ym. 2005). Ohjauksessa potilaita neuvottiin myös olla lisäämättä suolaa ruokaan ja välttämään korkea suolaisia teollisesti valmistettuja tuotteita (Frijling ym. 2002) sekä omaksumaan vähärasvainen ruokavalio (Goldberg ym. 2006). Ohjauksen tavoitteena oli edistää potilaiden ja perheenjäsenten tietämystä sekä heidän itseohjautuvuutta vähä-

suolaisten ruokien valinnassa ja valmistamisessa (Dunbar ym. 2005). Tutkimuksessa (Arcand ym. 2005) ohjaustapaaminen keskittyi suolarajoitusruokavalio ohjelman laatimiselle.

Ohjaus sisälsi neuvontaa ja tietoa nesteiden saannista (Aguado ym. 2010; Koelling ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005). Tutkimuksessa (Aguado ym. 2010) ohjauksessa korostettiin nesteiden nauttimista kohtuudella, kun taas Koellingin ym. (2005) tutkimuksessa tulee ilmi, että ohjeiksi päivittäisestä nesteiden saannista annettiin rajoittaa nesteiden saanti kahteen litraan tai vähempään, ellei lääkäri toisin ollut määrännyt.

Ohjaustilanteessa potilaita oli neuvottu harrastamaan kävelyä tai hyötyliikuntaa. Ohjeeksi sopivan rasituksen määrästä oli annettu liikuntaa voimien ja voinnin mukaan. (Arvinen 2008.) Potilaita oli ohjattu tekemään päivittäiset toimet omaa kehoa kuunnellen (Gonzales ym. 2005) ja lisäämään fyysistä aktiivisuutta oman voinnin puitteissa (Goldberg ym. 2006).

Vaikutuksista arkielämään ohjaus sisälsi keskustelua mielialasta, jossa hoitaja oli selvittänyt potilaalle masennuksen olevan normaalia vakavassa kroonisessa sairaudessa. Ohjauksessa käytiin läpi lämpimän ilmanalan ja lämpötilavaihteluiden sydäntä rasittava vaikutus ja puhuttiin saunomisesta. Potilailta oli myös kysytty matkustamisesta ja annettu ohjeita matkustamiseen liittyvistä asioista. (Arvinen 2008.)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen oli hoidon tukemista ja sosiaalisten voimavarojen aktivoimista. Jatkohoidosta keskusteltiin (Arvinen 2008) ja autettiin hoidon järjestämisessä (Riegel ym. 2006). Tutkimuksessa (Sanders ym. 2010) hoitajat korostivat hoidon positiivisia terveysvaikutuksia ja mainitsivat muiden potilaiden myös hyötyneen siitä.

Ohjaus keskustelussa hoitaja oli yrittänyt selvittää onko potilaalla ketään kenen kanssa keskustella asioistaan (Arvinen 2008). Hoitaja pyrki aktivoimaan potilaan sosiaalisia voimavaroja rohkaisemalla perheenjäseniä ottamaan osaa ohjaukseen (Riegel ym. 2006). Tilanteissa, joissa potilaan puolison pelot estivät potilasta osallistumasta itsehoitoonsa, sairaanhoitaja neuvoteli suunnitelman, joka lisäisi tukea ja vähentäisi omaisen ylisuojelevuutta. Ohjaustapaamisessa keskityttiin tunnistamaan tapoja, joilla perheenjäsenet voitaisiin ottaa mukaan potilaan ruokavalion toteuttamiseen. (Dunbar ym. 2005.) Perheenjäseniä oli rohkaistu olemaan osallisenä omaisensa hoidossa ja heidän kanssaan oli keskusteltu tuen lisäämisestä (Riegel ym. 2006).

7.2 Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksessa käytetyt ohjausmenetelmät

Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa käytetään yleisimmin suullista ohjausta (Ekola 2007; Jaarsma ym. 2006), yhdessä tutkimuksessa annetut ohjeet kuvattiin standardeiksi (Sanders ym. 2010). Suullista ohjausta oli tehostettu tukemaan vanhusten itsehoitovalmiuksia (Ekola 2007). Kirjallista materiaalia käytettiin ohjausmenetelmänä suullisen ohjauksen ohella

seitsemässä tutkimuksessa (Arvinen 2008; Caldwell ym. 2005; Dilles ym. 2010, Ekola 2007; Gonzalez ym. 2005; Koelling ym. 2005; Lloyd-Williams ym. 2005). Kirjallisen materiaalin tarkoituksena oli tehostaa ja tukea annettua ohjausta (Dilles ym. 2010; Ekola 2007; Gonzalez ym. 2005; Koelling ym. 2005), kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksen tukena oli yleistä (Ekola 2007). Kirjallisena materiaalina käytettiin opaskirjaa, kotihoito-ohjeita (Ekola 2007), lehtiä (Arvinen 2008; Caldwell ym. 2005; Gonzalez ym. 2005), tiedotteita tai kuvauksia kaaviona hoitoketjusta tai hoitoprosessista (Ekola 2007), uutiskirjettä (Koelling ym. 2005) ja painopäiväkirjaa (Caldwell ym. 2005) sekä odotushuoneen seinällä olevaa julistetta (Gonzalez ym. 2005). Kirjallinen materiaali oli joko sydänliiton tuottamaa (Arvinen 2008; Caldwell ym. 2005; Ekola 2007) tai sairaalan itse kehittämää (Ekola 2007). Sydämen vajaatoimintapotilaan ohjausta toteutettiin yleisimmin yksilöohjauksessa (Ekola 2007). Ohjaustapaaminen kuvattiin hyvin rakenteellisesti jäsennellyiksi (Sanders ym. 2010) tai yksilöidyiksi (Arcand ym. 2005). Hoitaja käytti ohjaustapaamisen toteuttamisessa apunaan kirjallisia suosituksia (Aguado ym. 2010).

Ryhmäohjausta oli käytetty ohjausmenetelmänä kolmessa tutkimuksessa (Dunbar ym. 2005; Koelling ym. 2005; Powell ym. 2010) ja siihen oli liitetty kirjallisia sydämen vajaatoimintapotilaan hoito-ohjeita (Koelling ym. 2005; Powell ym. 2010), video (Dunbar ym. 2005), tapaus skenaario sekä roolipeli (Koelling ym. 2005). Ohjausmenetelmänä ryhmäohjausta käytettiin vähemmän kuin yksilöohjausta (Ekola 2007; Jaarsma ym. 2006). Ryhmäohjausta oli käytössä noin 24 prosentissa (n=38) Suomen sairaaloista (Ekola 2007).

Video ja tietokoneen käyttö sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa oli harvinaista. Videoita käytettiin ohjauksessa hieman enemmän kuin tietokonetta (Ekola 2007; Jaarsma ym. 2006). Tietokoneohjelmaa oli käytetty yhdessä tutkimuksessa suullisen ja kirjallisen ohjauksen ohella (Dilles ym. 2010). Demonstrointi tuli esiin kahdessa tutkimuksessa, joissa roolipeliä käytettiin omahoitotaitojen harjoittamiseen ryhmäohjauksessa (Koelling ym. 2005) sekä yksilöohjauksessa (Riegel ym. 2010). Tutkimuksessa (Riegel ym. 2010) roolipeliä käytettiin harjoittamaan käyttöä itsehoidon toteuttamisessa. Hoitaja kuvasi potilaalle nesteiden kerääntymisen syitä, suolarajoituksen ja mitä tapahtuu oireille, jos ne jätetään huomioimatta. Tämän jälkeen hoitaja ja po Ohjausta puhelimitse annettiin kahdessa tutkimuksessa (Caldwell ym. 2005; Dunbar ym. 2005). Soiton tarkoituksena oli vahvistaa ohjauksen sisältöä ja seurata vointia (Caldwell ym. 2005). Puheluiden aikana keskusteltiin myös jatkohoitoehdotuksista (Dunbar ym. 2005).

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen oli opiskeluaikamme suurin ja haastavin prosessi. Itse aiheen löytäminen ja valinta oli haastavaa ja lopullista muotoa aihe haki pitkään. Systemaattinen kirjal-

lisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on erittäin vaativa aloitteleville opinnäytetyön tekijöille. Potilaan ohjaus koettiin tärkeäksi sairaanhoitajan osaamisalueeksi, johon hoitoaikojen lyheneminen asettaa omat haasteensa. Aiheena potilaan ohjaus koettiin mielenkiintoiseksi ja oman osaamisen kannalta hyödylliseksi. Ohjauksella on mahdollisuus vaikuttaa ohjattavan elämään sekä sillä on kansantaloudellisia vaikutuksia (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255 - 256). Ajan kuluessa aiheemme muuttui ja muovautui koskemaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta.

Asettamamme aikataulu opinnäytetyöprosessille ei ollut realistinen, joka aiheutti turhia paineita ja hidasti työn tekemistä. Opinnäytetyötä on ollut tekemässä kolme henkilöä, joka on asettanut osaltaan haasteita erityisesti aikataulujen yhteensovittamisen kannalta. Opinnäytetyön ohjaajilta saamamme ohjauksen lisäksi, saimme tiedonhaun ohjausta Laurea-ammattikorkeakoulun sekä terveystieteidenkirjaston informaatikoilta. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut antoisa oppimiskokemus ja tukenut ammatillista kasvua. Koemme, että taitomme ovat kehittyneet erityisesti tiedonhaun ja kirjallisen ilmaisun osalta. Ymmärrys siitä, miten kokonaisvaltaisesti sydämen vajaatoiminta vaikuttaa sairastuneen ja läheistensä elämään on kasvanut. Tämän opinnäytetyön tekeminen on lisännyt valmiuksia potilasohjauksen toteuttamiseen ja tutkimuskirjallisuuden hyödyntämiseen käytännönhoitotyössä.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden ja refleksiivisyyden kriteereillä. Uskottavuus tarkoittaa opinnäytetyön ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista opinnäytetyössä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 128.) Uskottavuudella tarkoitetaan, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuutta voidaan myös tarkastella siihen nähden miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Aineistonanalyysi ja opinnäytetyön tulokset on pyritty kuvaamaan selkeästi ja ymmärrettävästi, jotta pystytään osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Luokkien määrittely tapahtui induktiivisella sisällönanalyysillä ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla ja deduktiivista lähestymistapaa käytettiin opinnäytetyön toisen tutkimuskysymyksen analysoinnissa. Lähtökohtana olivat valitut alkuperäisartikkelit ja pro gradu -tutkielmat.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjausta. Opinnäytetyön tarkoitusta ajatellen valikoitunut tutkimusaineisto oli riittävää, mutta kaikki tutkimusartikkelit eivät välttämättä tarkastelleet suoranaisesti tutkittavaa ilmiötä, mutta vastasivat silti opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Löydetyistä tutkimuksista suurin osa oli vaikuttavuustutkimuksia. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaukset löytyivät osittain

tutkimusten metodi osuudesta ja pohdimme niiden soveltuvuutta kirjallisuuskatsaukseen. Tarkemmin tutustuttua kirjallisuuskatsauksesta tehtyyn menetelmä kirjallisuuteen, löydettiin vastaus tähän kysymykseen. Tutkimuskysymyksiin etsittävät vastaukset voivat olla tutkimusraporttien metodi- ja yhteenvedo-osasta tutkimuksen tulososan ohella (Virtanen & Salanterä 2007, 73 - 74). Tämä voi kuitenkin vaikuttaa opinnäytetyön uskottavuuteen.

Sisällönanalyysin luotettavuuteen vaikuttaa se miten tutkija on pystynyt pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä (Janhonen & Nikkonen 2001, 36 - 37). Analyysin pelkistämisvaiheessa englanninkieliset alkuperäisilmaukset suomennettiin. Tämä loi haasteita kirjata pelkistykset aineiston termein (Janhonen & Nikkonen 2001, 26 - 28).

Opinnäytetyöprosessi on pyritty kuvaamaan selkeästi, jotta lukija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin ja saada kuva, miten opinnäytetyöntekijät ovat päätyneet tekemiinsä ratkaisuihin. Tämä lisää opinnäytetyön vahvistettavuutta. Opinnäytetyön tulokset perustuvat tutkimusaineistoon, mutta huomioon tulee ottaa, että niiden raportointiin voi vaikuttaa opinnäytetyöntekijöiden tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Opinnäytetyön refleksiivisyyttä tarkasteltaessa tulee tarkastella tekijöiden lähtökohtia tutkimuksen tekijöinä ja arvioida, miten he vaikuttavat aineistoonsa ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli opinnäytetyöntekijöiden ensimmäinen, joten se voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Aiheen löytäminen oli pitkä prosessi opinnäytetyön tekijöille ja yhteisen mielenkiinnon kohdetta jouduttiin pohtimaan. Lisäksi tutkimussuunnitelma vaiheen jälkeen opinnäytetyötä tekemään otettiin uusi jäsen, joka tarkoitti uusia ajatuksia ja näkemyksiä. Opinnäytetyöprosessin aikana tutkimuksen kohde ei ollut opinnäytetyöntekijöille täysin selkeä, joka johtui osaltaan alkuvaiheessa riittämättömästä aiheeseen perehtymisestä. Tämä ja opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus opinnäytetyöprosessista ovat asettaneet haasteita koko työn tekemiselle. Tämä voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on vaativa tutkimusmenetelmä. Sen luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota useaan eri tekijään. Arvioitaessa kuinka luotettavaa katsauksella saatu tieto on, tulee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita arvioida kriittisesti (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53 - 55). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on löytää mahdollisimman kattavasti tutkimukset valittuihin tutkimuskysymyksiin. Tällöin tulee pohtia miten onnistuneesti on pystytty löytämään tarkoituksenmukainen aineisto. Tiedonhaussa apuna käytettiin Laurea-ammattikorkeakoulun sekä Terveystieteiden kirjastojen informaattikoiden asiantuntemusta. Tämän tarkoituksena oli vahvistaa hakuprosessin kattavuutta. Informaattikoiden asiantuntemus tiedonhauissa lisää opinnäytetyön luotettavuutta

(Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Tiedonhakuprosessi on kuvattu selkeästi, jotta se on toistettavissa. Tämä on tiedonhaun luotettavuuden kannalta olennaista ja lisää osaltaan sen luotettavuutta. Tehty aikarajaus on saattanut jättää tutkimuksia aineiston ulkopuolelle, joka voi vaikuttaa aineiston kattavuuteen ja näin tulosten luotettavuuteen. Tiedonhaut tehtiin käyttäen keskeisimpiä hoitoalan sähköisiä tietokantoja sekä manuaalista tiedonhakua. Manuaalisesti tehty tiedonhaku sähköisten tietokantojen lisäksi on voinut vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Laajasta aineiston hausta huolimatta osa valituista tutkimuksista vastasi huonosti tutkimuskysymyksiin, joka heikentää opinnäytetyön kattavuutta ja luotettavuutta.

Alkuperäistutkimusten valintaan osallistui erikseen sekä yhdessä kaikki kolme opinnäytetyön tekijää. Valikoitumisharhan vähentämiseksi suositellaan, että aineiston valintaa toteuttaisi vähintään kaksi tutkijaa toisistaan riippumattomasti (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yleisen luotettavuuden kannalta on tärkeää arvioida alkuperäistutkimusten laatua (Johansson ym. 2007). Tutkimusten laadunarvioinnissa tutkimusaineisto, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin tai ei kuvannut käytettyä tutkimusmenetelmää luotettavasti, jätettiin aineiston ulkopuolelle. Valitut tutkimusartikkelit olivat referee julkaisuja. Tutkimusaineiston laadunarvioinnissa ei käytetty valmiita laadunarviointiin kehitettyjä mittareita. Tutkimusaineiston laadunarviointiin olisi voitu kiinnittää enemmän huomiota.

Vieraskielisen aineiston käyttäminen oli haasteellista, koska englanti ei ole opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli. Tämä voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. On myös mahdollista, että kieliharha koskee opinnäytetyön tuloksia, sillä mukaan otettiin vain suomen ja englanninkielisiä tutkimuksia tai pro gradu -tutkielmia (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Koska suurin osa tähän katsaukseen valikoituneista tutkimuksista oli ulkomaisia, tulokset eivät välttämättä ole verrannollisia suomalaisen terveydenhuoltoon.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Keskeinen eettinen kysymys ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on, että loukkaako se ihmisarvoa (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2001). Opinnäytetyössä eettisiä ongelmia ei kohdattu ihmisiä koskien, koska opinnäytetyössä käytetty tutkimusaineisto perustuu tieteellisiin alkuperäistutkimuksiin ja pro gradu -tutkielmiin.

Tämän opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineiston keruu ja analysointi on kuvattu yksityiskohtaisesti ja alkuperäistutkimukset ja tutkielmat esitetty selkeästi tekijä- ja viitetietoineen. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 130 - 138). Olemme kuvanneet tässä opinnäytetyössä kaikki vaiheet yksityiskohtaisesti ja rehellisesti. Opinnäytetyötä tehdessä olemme noudattaneet yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä, myös sen suhteen, että olemme toisten aineistoa käyttäessämme vii-

tanneet asianmukaisesti alkuperäislähteeseen ja näin kunnioittaneet toisten tutkijoiden työtä. Kaikki käyttämämme lähteet löytyvät myös lähdeluettelosta. Opinnäytetyön eettisyyttä heikentää suunnittelun puutteellisuus, joka vaikeutti työn toteutusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tähän oli osaltaan vaikuttamassa opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus.

8.3 Tulosten tarkastelu

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisältö koski omahoidon tukemista. Omahoidon tukeminen muodostui seuraavista tekijöistä: yhteistyö ohjaussuhteessa, tietoa sairaudesta, tietoa omahoitotehtävästä, tietoa elämäntavoista ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Potilaat tarvitsevat tietoa sydämen vajaatoiminnan oireista sekä sairauden ennusteesta (Boyd ym. 2009). Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, että ohjausta oli annettu sairaudesta, oireista ja sen hoidosta, mutta sairauden ennusteesta potilaiden kanssa ei tutkimusten perusteella keskusteltu. Jatkohoidosta ohjauskeskusteluissa ei ollut viitteitä. Jatkohoidon osalta ohjaus on myös potilaiden kokemana ollut puutteellista, lisäksi taloudellinen alue ohjauksessa on koettu riittämättömäksi (Johansson ym. 2003). Tämä näkyy myös opinnäytetyön tuloksissa. Ohjauksessa potilaan kokemuksellisuuden huomiointi oli vähäistä. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat kokevat eniten uupumusta, huolestuneisuutta ja epävarmuutta (Hartikainen & Visamo 2000). Sairauden vaikutuksia mielialaan käsiteltiin ainoastaan yhdessä tutkimuksessa potilaan kanssa ja silloinkin asiaa käytiin vain lyhyesti läpi. Isola ym. (2007) mukaan potilaat kokivat saaneensa riittämättömästi ohjausta tunteiden ja pelkojen käsittelyssä.

Tuloksissa painottuu tiedon antaminen ohjauksessa. Tiedon antamisella voidaan tukea päätöksentekoa, mutta jotta potilas pystyisi muuttamaan tiedon terveyttä edistäväksi toiminnaksi, tulee ohjauksen olla motivoivaa (Eloranta & Virkki 2011, 62). Tavoitteita asetettiin ravitsemuksen toteuttamiselle ravintoterapeutin antamassa ohjauksessa, mutta varsinaisesti itse ohjaukselle ei ollut asetettu tavoitteita. Ohjaustarvetta määritettiin käymällä läpi potilaan elintavat sekä hoitotietämyksen ja hoidon noudattamisen, jonka perusteella annettiin ohjausta. Epäselväksi jäi annettiinko ohjausta potilaiden tarpeista käsin vai ohjaajan näkemyksen perusteella ohjauksen tarpeesta. Opinnäytetyössä tuli ilmi, että osallistuminen ohjaustapaamisissa oli hoitajavetoista. Isola ym. (2007) mukaan osa potilaista oli kokenut, etteivät he saaneet keskustella omista ongelmistaan. Sonninen ym. (2006) mukaan ohjaus vastaa vain potilaiden tiedollisiin tarpeisiin vaikka potilaat odottavat keskustelu mahdollisuutta sekä tukea, ymmärrystä ja rohkaisua hoitajalta. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan tehdä päätelmä, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat saavat tiedollisia tarpeitaan vastaavaa ohjausta juuri sairaudesta, oireista ja sairauden hoidosta. Potilaiden yksilöllisyyteen ja

yksilöllisiin tarpeisiin tulisi kiinnittää kuitenkin enemmän huomiota ohjauksessa.

Yleisimmin sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksessa oli käytetty henkilökohtaista suullista ohjausta ja sen tukena kirjallista ohjausmateriaalia. Suullinen yksilöohjaus on todettu parhaiten hallituksi menetelmäksi. Kirjallisia ohjeita käytettiin yleisesti ohjauksen tukena, mutta videoiden ja tietokoneen käyttö ohjausmenetelmänä oli harvinaista. Iäkkäät potilaat toivoisivat enemmän opetusvideoita ja yleisesti monipuolisempia ohjausmenetelmien käyttöä (Isola ym. 2007). Tutkimuksen Kääriäinen ym. (2006) mukaan terveydenhuoltohenkilökunta koki hallitsevansa hyvin suullisen yksilöohjauksen ja kirjallisen ohjauksen. Huonosti hallittiin ryhmäohjaus, demonstrointi ja audiovisuaalinen ohjaus. Ohjausmenetelmiä, joita koettiin hallittavan huonosti, käytettiin ohjauksessa vähemmän (Kääriäinen ym. 2005; Kääriäinen ym. 2006). Opinnäytetyön tuottama tieto käytetyistä ohjausmenetelmistä tukee tätä aiempaa tutkimustulosta. Iäkkäät potilaat ovat arvioineet hyötyvänsä ryhmäohjauksesta sen tarjoaman vertaistuen takia (Isola ym. 2007). Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella ryhmäohjausta käytetään kuitenkin vähän. Iäkkäät potilaat toivovat, että ohjaustilanteessa huomioitaisiin heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot (Isola ym. 2007). Tutkimustuloksissa käy ilmi, että suullisessa ohjauksessa oli huomioitu vanhusten itsehoitovalmiuksia.

8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Kirjallisuuskatsauksella saatiin tietoa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen sisällöistä ja käytetyistä ohjausmenetelmistä. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittämisessä yksilöllisemmäksi niin ohjauksen sisällön kuin ohjausmenetelmien suhteen. Tutkimuksissa tuli esille, että ohjausta sydämen vajaatoiminta potilaalle antoi eniten sairaanhoitaja. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauksesta ovat melko vähäiset (Eriksson & Partanen 2005) ja ohjausmenetelmien suppea käyttö oli rinnastettavissa sairaanhoitajien ohjausmenetelmien hallintaan (Kääriäinen ym. 2006). Olisi mielenkiintoista tutkia miten yhteneväisiä sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauskäytänteet ovat ja kuinka ohjausvastuusta on sovittu ja miten se toteutuu käytännönhoitotyössä?

Lähteet

ACC/ AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. 2001. A report of the American college of cardiology/ American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. Vol. 104, No. 24, 2996 - 3007.

Bettany- Saltikov, J. 2010. Learning how to undertake a systematic review: part 1. *Nursing Standard*. Vol. 24, No. 50, 47 - 55.

Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Thompson, D. R., Turner, C. & Stewart, S. 2009. Learning style and learning needs of heart failure patients (The need2Know - HF patient study). *European journal of cardiovascular nursing*. Vol. 8, No. 5, 316 - 322.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

ESC Clinical practice guidelines 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-HF-EJHF.pdf> Luettu 26.4.2011

Eriksson, E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoidajien tiedot sydämen vajaatoiminta potilaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 3, No. 1, 4 - 9.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.

Grady, K., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D., Piano, M. & Stevenson, L. 2000. Team management of patients with heart failure. A statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the american heart association. *Circulation* Vol.102, No. 7, 2443 - 2456.

Hartikainen, L. & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kokona selviytymisestään. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Heliö, T. & Kaartinen, M. 2005. Onko sydämen vajaatoiminnassa sukupuolieroja? *Suomen lääkäri*. No. 25 - 26, 2787 - 2790.

Heliö, T. Lommi, J. Kaivos, S. Partanen, L. Nuotio, M- L. Koivisto, P. Alapappila, A. 2009. Sydämen vajaatoiminta. *Suomen sydänliitto ry. julkaisu*.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15 - 16. painos. Jyväskylä: Tammi.

Hujanen, T. 2010. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan itsehoidon toteutuminen ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu -tutkielma. Itä- Suomen yliopisto.

HUS/ HYKS Sisätautien toimiala 2010. Kolmiosairaala hanke. Ei julkinen tiedonanto.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19, No. 2, 51 - 62.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. Ääri, R-L.(toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turun yliopisto.
- Johansson, K., Leino - Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient`s perspectives. Patient education and counseling. Vol. 51, No. 3, 239 - 245.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- KELA. Tilastokatsaus erikoiskorvattavat lääkkeet 2010. Tilastoryhmä.
<http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alia> Luettu 28.10.2011
- Kupari, M. & Lommi, J. 2004. Sydämen vajaatoiminta. Helsinki: Lääkelaitos ja Kela. Kapseli 34: 62 - 68. Saatavilla
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Hentinen M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E., Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H., Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11, No. 1, 3 - 12.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf> Luettu 10.4.2011
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 6, No. 4, 10 - 15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede. Vol. 17, No. 5, 250 - 258.
- Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L., Torppa K., 2005 Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. Vol. 3. No. 1, 10 - 14.
- Kääriäinen, M. Kyngäs, H. Ukkola, L. Torppa, K. 2006. Terveystieteen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede. Vol. 18, No. 1, 4 - 13.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede. Vol. 18, No. 1, 37 - 45.
- Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat hoitotyön mallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Lainscak, M. & Keber, I. 2003. Patient`s view of heart failure: from understanding to the quality of life. European journal of cardiovascular nursing. Vol. 2, No. 4, 275 - 281.
- Laki 785/ 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 2.9.2011.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOYpro. Oppimateriaalit.

Lipponen K., Kyngäs H., Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.

Leino-Kilpi 2007. Kirjallisuuskatsaus- tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksesta Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.

Lommi, J. 2008. Sydämen vajaatoiminnan aiheuttajat. Teoksesta Mäki-Järvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lommi, J. & Partanen, L. 2008. Vajaatoimintapotilaan seuranta ja ohjaus. Teoksesta Mäki-Järvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2010. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084&p_haku=mustajoki

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24, 63 - 71.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf> Luettu 26.4 2011

Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. No. 16, 2009 - 2016. Saatavilla <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95939.pdf>

Prashnig, B. 2000. Erilaisuuden voima: opetustyyli ja oppiminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksesta Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen Lääkärilehti. No. 21, 1917 - 1922.

Ryan, M. & Farrelly, M. 2009. Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. European journal of cardiovascular nursing. Vol. 8, No. 3, 223 - 231.

Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A-M. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Sairaanhoitaja. Vol. 79, No. 10, 18 - 21.

The cochrane collaboration 2009. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. <http://www.cochrane-handbook.org/> Luettu 13.2.2011

Thornhill, K. Lyons, A. C. Nouwen, A. & Lip, G. Y. H. 2008. Experiences of living with congestive heart failure: A qualitative study. British journal of health psychology. Vol. 13, 155 - 175.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 4. painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanto.html Luettu 7.9.2011

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksesta Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisuja 1. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf Luettu 7.9.2011

Van der Wal, M. H.L. & Jaarsma, T. 2008. Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. *International Journal of Cardiology*. Vol. 125, No. 2, 203 - 208.

Virtanen, H. Leino - Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Potilaan ohjauksen lainsäädännöllinen ja strateginen perusta - säätelee, ohjaa ja luo mahdollisuuksia. *Pro Terveys* No. 5, 7 - 9.

Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Laadullinen metayhteenveto – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisista tutkimuksista. Teoksesta Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.

Analysoidut tutkimukset

Aguado, O. Morcillo, C. Delas, J. Rennie, M. Bechich, S. Schembari, A. Fernandez, F. Rosell, F. 2010. Long-Term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure. *Heart & Lung*. Vol. 39, No. 65, 14 - 22.

Arcand, J.A. Brazel, S. Joliffe, C. Choleva, M. Berkoff, F. Allard, J. Newton, G. 2005. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: A randomized trial. *American Heart Journal*. Vol. 150, No. 4, 716e1 - 716e5.

Arvinen, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Caldwell, M. A. Peters, K. J. Dracup, K. A. 2005. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior and disease severity in heart failure patients in rural settings. *American Heart Journal*. Vol. 150, No. 5, 983e7 - 983e12.

Dilles, A. Heymans, V. Martin, S. Droogne, W. Denhaerync, K. De Gees, S. 2010. Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. !!!!

Dunbar, S. B. Clark, B. C. Deaton, C. Smith, A. L. De, A. K. O'Brien, C. 2005. Family education and support interventions in heart failure. *Nursing Standard*. Vol. 54, No. 3, 158 - 166.

Ekola S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus ja seuranta Suomessa. Pro gradu -tutkielma. Turun Yliopisto.

Eldh, A. C. Ehnfors, M. Ekman, I. 2006. The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, No. 1, 45 - 53.

Frijling, B. D. Lobo, C. M. Hulscher, M. E. J. L. Drenth, B. B. Braspenning, J. C.C. Prins, A. Wouden, J. C. Grol, R. 2002. Provision of information and advice in cardiovascular care: clinical performance of general practitioners. Vol. 48, No. 2, 131 - 137.

Goldberg, R. J. Farmer, C. Spencer, F. A. Pezzella, S. Meyer, T. E. 2006. Use of nonpharmacologic treatment approaches in patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*. Vol. 110, No. 3, 348 - 353.

Gonzales, B. Lupon, J. Herreros, J. Urrutia, A. Altimir, S. Coll, R. Prats, M. Valle, V. 2005. Patient's education by nurse: What we really do achieve? *European journal of cardiovascular nursing*. Vol. 4, No. 2, 107 - 111.

Jaarsma, T. Halfens, R. Tan, F. Huijter Abu-Saab, H. Dracup, K. Diederiks, J. 2000. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*. Vol. 29, No. 5, 319 - 390.

Jaarsma, T. Strömberg, A. De Geest, S. Fridlund, B. Heikkilä, J. Mårtensson, J. Moons, P. Scholte op Reimer, W. Smith, K. Stewart, S. Thompson, D. R. 2006. Heart failure management programmes in Europe. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, No. 3, 197 - 205.

Koelling, T. M. Johnson, M. L. Cody, R. J. Aaronson, K. D. 2005. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. Vol. 111, No. 2, 179 - 185.

Lloyd- Williams, F. Beaton, S. Golstein, P. Mair, F. May, C. Capewell, S. 2005. Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illness*. Vol. 1, No. 1, 39 - 47.

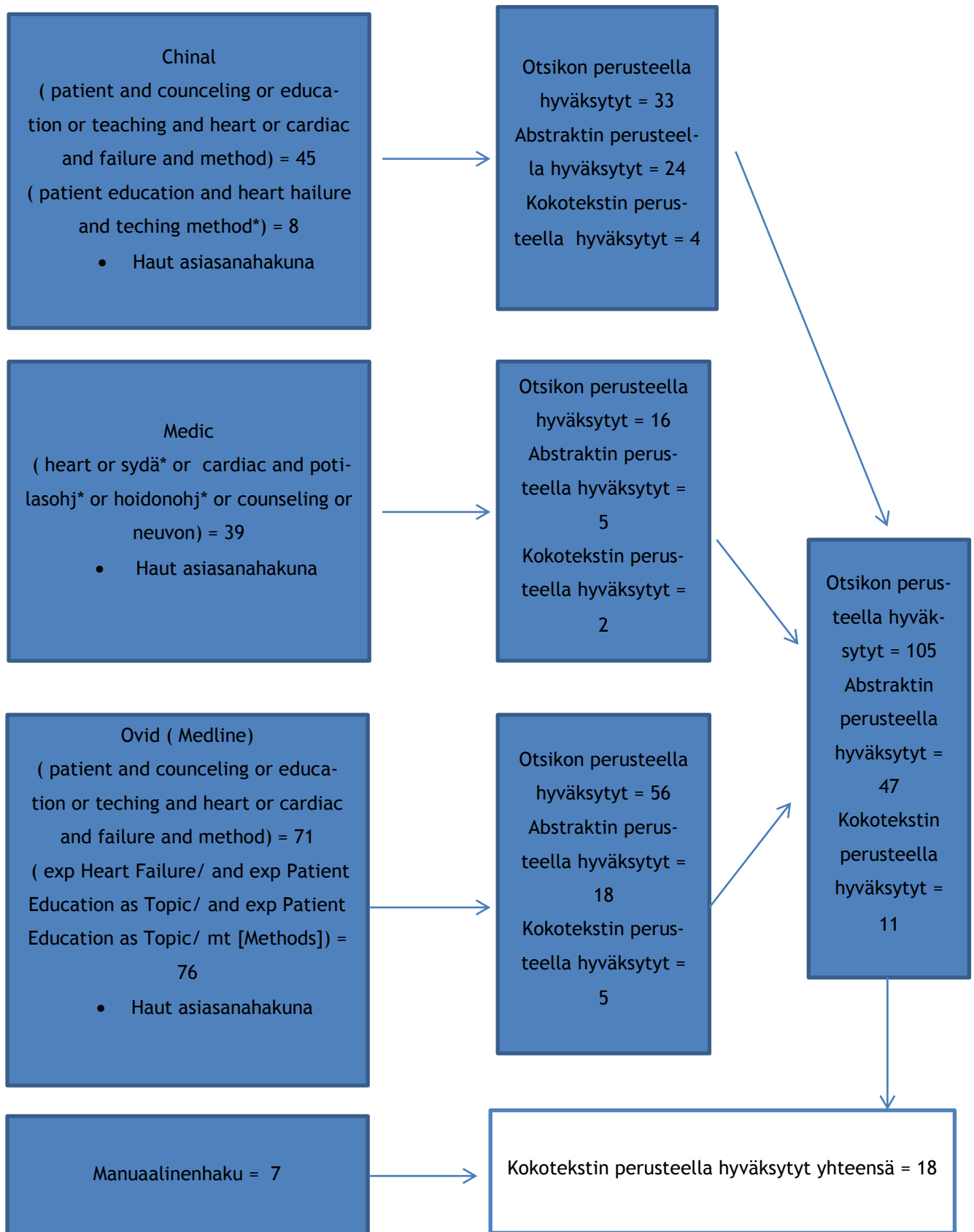
Powell, L. H. Calvin, J. E. Mendes de Leon, C. F. Richardson, D. Grady, K. I. Flynn, K. J. Rucker- Whitaker, C. S. Janssen, J. Kravitz, G. Eaton, C. 2008. The heart Failure Adherence and retention trial (HART): Design and rationale. *American Heart Journal*. Vol. 156, No. 3, 452 - 60.

Riegel, B. Dickson, V. V. Hoke, L. McMahon, J. P. Reis, B. F. Sayers, S. 2006. A motivational counseling approach to improving heart failure self-care. Mechanism of Effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 21, No. 3, 232 - 241.

Sanders, T. Harrison, s. Checkland. 2010. Personalizing protocol-driven care: the case of specialist heart failure nurses. *Journal of advanced nursing*. Vol. 66, No. 9, 1937 - 1945.

Liitteet

Liite 1. Alkuperäistutkimusten hakustrategia ja valintaprosessi



Liite 2. Valittu tutkimusaineisto

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja tutkimusvuosi	Tarkoitus/ Tavoite	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Aguado, O. Morcillo, C. Delas, J. Rennie, M. Bechich, S. Schembari, A. Fernandez, F. Rosell, F. Espanja. 2010	Arvioida opetuksellisen kertaluontoisen kotona tapahtuvan intervention tehokkuutta sydämen vajaatoiminta potilailla.	N=42 potilasta interventioryhmässä N= 64 kontrolliryhmässä 24 kuukauden seuranta. Vaikuttavuustutkimus	24 kuukauden seuranta aikana interventioryhmässä oli keskimääräistä vähemmän käyntejä päivystyksessä, vähemmän suunnitelmattomia sairaalaan uudelleen joutumisia, matalammat kustannukset ja elämänlaadun parantumista.
Arcand, J.A. Brazel, S. Joliffe, C. Choleva, M. Berkoff, F. Allard, J. Newton, G. Kanada. 2005	Tarkoituksena arvioida ravitsemusterapeutin ohjauksen vaikutuksia polikliinisten sydämen vajaatoiminta potilaiden suolarajoitteisen ruokavaliion noudattamiseen.	N= 23, ravitsemusterapeutin ohjaus N= 24, tavanomainen sydämen vajaatoiminta hoitajan ohjaus Satunnaistettu vaikuttavuus tutkimus.	Ravintoterapeutin antamalla ohjauksella oli merkittävä vaikutusta potilaiden suolan käytön vähentämiseen.
Arvinen, K. Suomi. 2008	Tarkoituksena oli selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan saaman ohjauksen sisältöä.	Aineisto kerättiin havainnoimalla potilaan ja sairaanhoitajan välistä ohjaustilannetta. Aineisto koostui seitsemästä havainnoidusta ja nauhoitetusta ohjauskeskustelusta.	Potilaan ohjaus noudatti keskeisiä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältöalueita.
Caldwell, M. A. Peters, K. J. Dracup, K. A. USA. 2005	Tarkoituksena selvittää voisiko yksinkertaistettu ohjausohjelma, joka keskittyi vain yhdelle sairaudenhallinnan osatekijälle (oireiden tunnistamiselle ja nestepainon hallinnalle), parantaa tietämystä, potilaiden raportoimaa itsehoito käyttäytymistä ja sydämen vajaatoiminnan vakavuutta.	N= 36 potilasta interventioryhmään tai kontrolliryhmään Satunnaistettu kliininen koe. Pilotti tutkimus. Potilaiden tietämys, itsehoitokäyttäytyminen ja sydämen vajaatoiminnan vakavuus mitattiin alussa ja 3.kuukauden kohdalla.	Ryhmien välillä ei ollut eroa tietämyksen tai itsehoitokäyttäytymisen välillä. Kuitenkin, tietämys ja itsehoitokäyttäytyminen liittyen päivittäiseen painon tarkkailuun, parani huomattavasti 3 kuukauden kohdalla interventio ryhmässä.
Dilles, A. Heymans, V. Martin, S. Droogne, W. Denhaerync, K. De Gees, S. Belgia, Sveitsi. 2010.	Tavoitteena verrata tietokone avusteista opetusohjelmaa standardiin sydämen vajaatoiminta potilaan ohjaukseen (lehtiset ja suullinen informaatio sairaanhoitajalta).	N= 21 potilasta tietokoneavusteisessa opetusohjelmassa N= 16 potilasta sai tavanomaista ohjausta. Näennäis- kokeellinen asetelma. Vaikuttavuustutkimus	Ei huomattavaa eroa potilaiden tiedoissa tai itsehoidossa löydetty ryhmien väliltä. Kuitenkin, molemmat muuttujat paranivat ajan myötä merkittävästi molemmissa tutkimusryhmissä.

Dunbar, S. B. Clark, B. C. Deaton, C. Smith, A. L. De, A. K. O'Brien, C. USA & Englanti. 2005.	Verrata potilaan ja perheen ohjaus interventiota yhdistettyyn ohjaukseen ja perhe kumppanuus interventioon, ja sen vaikuttavuutta parantaa ruokavalion suolan omahoitoa sydämen vajaatoiminta potilailla.	N= 29 osanottajaa (potilaita + perheitä) neuvonta interventio ryhmässä N= 32 osanottajaa (potilaita+perheitä) neuvonta+ "perhe-kumppanuus" ryhmässä. Vaikuttavuustutkimus	Neuvonta+ "perhe-kumppanuus" ryhmässä virtsan natrium pitoisuus väheni neuvonta interventio ryhmään verrattuna.
Ekola S. Suomi. 2007.	Selvittää, onko Suomessa vuonna 2007 käytössä vajaatoimintapotilaiden hoito-ohjelmia ja miten niihin sisältyvät ohjaus ja seuranta toteutuvat. Tavoitteena oli saada tietoa erilaisista ohjauksen ja seurannan toteuttamistavoista	Strukturoitu kyselylomake. Survey-tutkimus. (N=46)	Hoito-ohjelmia käytössä 15%:ssa sairaaloista, niissä painottui ohjaus, jota annettiin lähinnä sairaalassa. Suullista ohjausta annettiin miltei kaikissa sairaaloissa. Kirjallista tukimateriaalia annettiin 92%:ssa sairaaloista. Ohjausta toteuttivat vajaatoimintahoitajan tai sydänhoitajien lisäksi mm. fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja sydänkuntoutusohjaajat ja muut sydänhoitajat. Seurantaa toteuttivat lähinnä jälkihoitopk:n lääkärit. Seuranta oli selkeästi vähemmän huomioitu ja ohjeistettu. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa vaihteli.
Eldh, A. C. Ehnfors, M. Ekman, I. Ruotsi. 2006.	Tutkia miten potilaiden osallistuminen ja osallistumattomuus ilmenevät sairaanhoitaja vetoisella sydämen vajaatoiminta klinikalla hoitajien ja potilaiden kokemana sekä havainnointuna.	N= 11 havainnointi N= 3 potilaiden haastattelua N= 2 hoitajien haastattelua Laadullinen tutkimus	Potilaiden kokemukset osallistumisesta ja osallistumattomuudesta tulkittiin vastuullisena olemisena ja vastuun hyväksymisenä sekä tasavertaisen suhteen puuttumisena ohjauksen aikana.
Frijling, B. D. Lobo, C. M. Hulscher, M. E. J. L. Drenth, B. B. Braspenning, J. C.C. Prins, A. Wouden, J. C. Grol, R. Hollanti. 2002.	Tarkoituksena arvioida yleislääkärin tiedon ja neuvojen antamista potilaille, joilla on joko korkea verensuola, korkea kolesteroli tai sydänverisuonitauti.	N= 195 yleislääkärää täytti 5330 potilaskohtaamisen seuranta kaavakkeen.	Neuvot tupakoinnin lopettamisesta sekä tiedon antaminen hälytysmerkeistä toteutuivat parhaiten. Huonoiten annettiin neuvoja koskien suolan ja alkoholin käyttöä, painon pudottamista ja liikunnan lisäämistä.
Goldberg, R. J. Farmer, C. Spencer, F. A. Pezzella, S. Meyer, T. E. 2006.	Tutkia terveydenhuollon henkilöstön antamien suositusten kattavuutta elämäntapa monitoroinnissa tai -muutosten lähestymistavoissa tai ruokavalio tekijöissä.	N= 2411 sydämen vajaatoiminta potilaan sairaustiedot. Potilaiden keski-ikä 76,1 vuotta, joista 56,5 % naisia.	22 % potilaista sai suositusten muuttua ei yhtään, tai yhden elämäntapaan liittyvän tekijän. Kaksi viidestä potilaasta sai suosituksia muuttua joku kahdesta elämäntapa

		24,4 % potilaista kokivat ensimmäisen akuutin syd. vajaatoiminta kohtauksen. Potilaiden sairaustietoihin perustuva katsaus.	tekijöistä. Yksi kuudesta sai ohjasta monitoroinnin tärkeydestä tai muuttaa neljää tai useampaa elämäntapa tai ruokavalio tekijää.
Gonzales, B. Lupon, J. Herreros, J. Urrutia, A. Altimir, S. Coll, R. Prats, M. Valle, V. Espanja. 2005.	Arvioida mitä on todella saavutettavissa sairaanhoitajan ohjauksella sydämen vajaatoimintaa sairastavien avopotilaiden joukossa.	N= 298 potilas; N=219 miestä, N= 79 naista, keski-ikä 65 vuotta Kysely potilaiden myöntyvyydestä ja miten paljon he tietävät sairautensa ja hoidoistaan. Kuvataan myös sairaanhoitajan antamaa ohjausta.	Potilaiden tietoisuus huonontumisen merkeistä sekä lääkityksestä lisääntyi. Merkittäviä eroja ei löytynyt suolarajoitus ruokavalion noudattamisessa. Liikunnan harjoittaminen lisääntyi hieman, muttei tilastollisesti merkittävästi. Merkittäviä eroja ei lääkehoidon noudattamisessa esiintynyt.
Jaarsma, T. Halfens, R. Tan, F. Huijer Abu-Saab, H. Dracup, K. Diederiks, J. 2000.	Tavoitteena selvittää tukea antavan ohjauksellisen hoitotyön vaikutuksia sydämen vajaatoiminta potilaiden itsehoito taitoihin, itsehoito käyttäytymiseen ja elämänlaatuun.	N: 179 potilasta keski- iältään 73 vuotta, NYHA III ja IV. Tuloksia mitattiin itsehoito kykyihin. Vaikuttavuustutkimus.	Itsehoitotaidot eivät muuttuneet intervention tuloksena, mutta itsehoito käyttäytyminen oli korkeampi intervention ryhmässä. Elämänlaatuun tukea antava interventio oli rajoituksellinen.
Jaarsma, T. Strömberg, A. De Geest, S. Fridlund, B. Heikkilä, J. Mårtensson, J. Moons, P. Scholte op Reimer, W. Smith, K. Stewart, S. Thompson, D. R. Eurooppa. 2006.	Tunnistaa Euroopassa olevien sydämen vajaatoiminta hoito-ohjelmien määrä ja sisältö.	N= 43 Euroopan maata N= 673 sairaalaa Kaksivaiheinen kuvaileva tutkimus. 1. kartoitus 2. survey- tutkimus	43:sta Euroopan maasta, joita lähestyttiin, 26 maata arvioi käytettäviä sydämen vajaatoiminta hoito-ohjelmia. Seitsemän maata arvio ohjelmia olevan yli 30:ssa sairaaloista. Kyselyyn vastanneista 673 sairaalasta 426 oli sydämen vajaatoiminta hoito-ohjelma.
Koelling, T. M. Johnson, M. L. Cody, R. J. Aaronson, K. D. USA. 2005.	Hypoteesi, että potilaan kotiutusohjausohjelma parantaisi kliinisiä tuloksia sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla.	N= 223 potilasta Satunnaistettu, kontrolloitu koe. Vertasi sairaanhoitajan antamaa yksilöohjauksen ja tavanomaisen kotiutus prosessin vaikutuksia.	Sairanhoitajan toimesta toteutettu opetus tapaaminen sairaalasta kotiutettaessa lisäsi itsehoitoa.
Lloyd- Williams, F. Beaton, S. Golstein, P. Mair, F. May, C. Capewell, S. USA. 2005.	Selvittää sairaanhoitajien ja potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia sairaanhoitaja johtoisesta sydämen vajaatoiminta klinikan toiminnasta.	N= 15 potilasta; N= 13 miestä, N=2 naista keski-ikä 74 vuotta N= 4 sairaanhoitajaa Puolistrukturoitu haastattelu Laadullinen tutkimus	Sairanhoitajat kokivat, että itsehoito neuvot olivat mahdollistaneet potilaita hallitsemaan tilaansa. Potilaat olivat tietoisia heille määrätystä lääkityksestä, mutta osa heistä ei muistanut keskustelleensa lääkityksestä. Monet potilaista

			antoivat ymmärtää, että heillä oli vaikeuksia noudattaa tai muistaa annettuja neuvoja.
Powell, L. H. Calvin, J. E. Mendes de Leon, C. F. Richardson, D. Grady, K. I. Flynn, K. J. Rucker-Whitaker, C. S. Janssen, J. Kravitz, G. Eaton, C. USA. 2010	Määrittää omahoito ohjauksen sekä sydämen vajaatoiminta neuvonnan arvon verrattuna sydämen vajaatoiminta neuvontaa yksinään.	N= 902 potilasta 47% naisia 40% vähemmistöön kuuluvia 23% diastolisesta vajaatoiminnasta kärsivää Satunnaistettu vaikuttavuustutkimus	Merkityksellisiä eroja kuolleisuuden, sairaalajaksojen tai elämänlaadun alueella ei ollut.
Riegel, B. Dickson, V. V. Hoke, L. McMahon, J. P. Reis, B. F. Sayers, S. USA. 2006.	Arvioida motivoivan ohjauksen vaikutuksen mekanismeja potilaissa, joissa motivoiva ohjaus oli ollut hyödyttävä	N= 15 potilasta kvalitatiivinen (nauhoitetut ohjaustapaaminen) sekä kvantitatiivinen.	Itsehoito parani 70,4% potilaista. Analyysin kautta muodostui pääteemoiksi: Kommunikaatio, yksilöllisyys ja muutoksen tuominen sairaalasta kotiin.
Sanders, T. Harrison, s. Checkland. Englanti. 2010.	Tutkia miten sydämen vajaatoimintahoitajat keskustelevat hoitoneuvoista potilaiden kanssa lisääntyneiden odotusten yhteydessä, että klinikan hoitohenkilökunnan tulisi seurata hoitosuosituksia päivittäisessä työssään.	N= 10 sydämen vajaatoimintahoitajaa Puolistrukturoitu haastattelu N= 16 hoitaja-potilas konsultaatiota, observointi.	Sydämen vajaatoimintahoitajat näyttivät yhdistävän perinteisen hoitotyön laajempaan tavoitteeseen parantaa potilaiden tuloksia yksilöllistämällä neuvonsa potilaille ja esittämällä sydämen vajaatoiminnan potilaille ”tavallisena”. He mukauttivat protokolla vetoisen hoidon päivittäisiin rutiineihin. Heidän lähestymistapansa jätti vain vähän tilaa tutkia potilaiden omia prioriteetteja sairaudestaan.

Liite 3. Käsitekartta induktiivisen analyysin vaiheista



Alaluokka

Yläluokka

Pääluokka

Liite 4. Deduktiivisen analyysin eteneminen

Esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
...to reinforce the face to face educationwith posters in the waiting room reminding them of signs of worsening HF. (Gonzales)	juliste vahvistamaan suulista ohjausta
Patients ...received standard care (delivery of HF brochure...along with verbal education) as well as the CAL program,interactive CD-ROM (Dilles ym.2010)	CD-ROM lehtisen ja suullisen ohjauksen lisäksi
Ohjaus koostui yleisimmin suullisesta ohjauksesta, jota annettiin 97% sairaaloista.(Ekola)	yleisin suullinen ohjaus

Esimerkki pelkistettyjen ilmausten liittämisestä analyysirunkoon

Ohjausmenetelmät	Käyttö
Suullinen ohjaus	yleisin suullinen ohjaus annetut ohjeet standardoituja
Kirjallinen ohjaus	juliste vahvistamaan suulista ohjausta kirjallinen materiaalin käyttö ohjauksen tukena yleistä
Yksilöohjaus	tapaamiset hyvin strukturoituja neuvontaa yksilöohjaus tapaamisessa
Ryhmäohjaus	ryhmäohjausta 26 %:ssa
Puhelin ohjaus	tarkoituksena vahvistaa ohjauksen sisältöä sekä seurata vointia soiton aikana keskustelua jatkohoidoehdotuksista
Video-ohjaus	video ohjausta saatavilla harvoin
Tietokone ohjaus	CD-ROM lehtisen ja suullisen ohjauksen lisäksi tietokonepohjaista ohjausta tarjolla vähäisessä määrin
Demonstraatio	roolipeli omahoitotaitojen harjoittamisessa